



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO

TAYSSA SUELEN CORDEIRO PAULINO

CONQUISTAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM:
o caso dos CAPS em Natal/RN

NATAL/RN

2013

TAYSSA SUELEN CORDEIRO PAULINO

**CONQUISTAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM:
o caso dos CAPS em Natal/RN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito final para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Enfermagem na atenção à saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem na vigilância à saúde

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Allyne Fortes Vitor

NATAL/RN

2013

Catálogo da Publicação na Fonte - UFRN
Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Profª Bertha Cruz Enders

P328 Paulino, Tayssa Suelen Cordeiro.
Conquistas e desafios do processo de trabalho de enfermagem : o caso dos
CAPS em Natal/RN / Tayssa Suelen Cordeiro Paulino. – 2013.
97 f.

Orientadora: Allyne Fortes Vitor.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2013.

1. Serviços de saúde mental - Dissertação. 2. Desinstitucionalização -
Dissertação. 3. Enfermagem - Dissertação. I. Vitor, Allyne Fortes. II. Título.

RN/UF/BS-Enf.

CDU 614.39:613.86(043.3)

**CONQUISTAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM:
o caso dos CAPS em Natal/RN**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de mestre

Aprovada em: 12/ 12 /2013.

PRESIDENTE DA BANCA

Professora Dr^a Allyne Fortes Vitor
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a Allyne Fortes Vitor
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

Professora Dr^a Rosana Lúcia Alves Vilar
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

Professora Dr^a Viviane Euzébia Pereira Santos
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte)

LISTA DE SIGLAS

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM)

Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM)

Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH)

A Deus, por seu imenso amor
que me permitiu mais
uma conquista em minha vida,
animando os meus passos a cada dia.
À minha querida mãe, pelas orações que
rogaram por mim e a credibilidade confiada a mim.
Ao meu esposo que
apesar dos momentos em que estive
com pensamentos/momentos distante
sempre me apoio com carinho e respeito,
fortalecendo ainda mais os
nossos laços afetivos.
Ao meu irmão que mesmo distante
sempre se preocupava de saber
como andava a minha pesquisa.
Essa conquista é nossa!
“A nossa maior glória
não reside no fato de nunca cairmos,
mas sim em levantarmo-nos
sempre depois de cada queda” (Confúcio).

AGRADECIMENTOS

À Deus, acima de tudo, mais uma vez, por todos os dias que me dediquei a este estudo.

À minha mãe e irmão pelo apoio e carinho depositados.

Ao meu marido pela compreensão e dedicação em todos os momentos.

À Prof.^a Dra. Allyne Fortes Vitor, minha orientadora, pela sabedoria, pela humildade, pelo discernimento e pela pessoa boa que é.

À Prof.^a Dra. Jacileide Guimarães, pelo apoio, pela confiança e pela instrumentalização a mim creditada.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por me acolher em seu Campus, local de amizade, conhecimento e crescimento.

A todos os professores e funcionários que compõem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção à Saúde.

A todos os meus colegas do mestrado que junto comigo vivenciaram momentos maus e muitos bons

RESUMO

PAULINO, T. S. C. **CONQUISTAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: o caso dos CAPS em Natal/RN.** 2012. fls. Projeto Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2013.

A Reforma Psiquiátrica brasileira propõe a criação de vínculos/interações do doente mental com a sociedade civil, por meio do resgate da cidadania e da assistência ao doente mental. A desinstitucionalização em saúde mental preconiza a partir de diretrizes a diminuição da oferta de leitos hospitalares e conseqüentemente, a criação de serviços substitutivos de atenção psicossocial, principalmente, no que tange às práticas terapêuticas emancipadoras. A partir desse cenário o presente estudo tem como objetivo investigar a atualidade e os desafios do processo de trabalho da enfermagem nos CAPS III no município de Natal/RN. Trata-se de pesquisa do tipo descritiva com abordagem qualitativa e de caráter exploratório do tipo estudo de caso. Os sujeitos são trabalhadores da equipe de enfermagem do CAPS III Leste de Natal/RN. Este serviço possui ações voltadas para a atenção psicossocial dos sujeitos atendidos, com atendimento diário pela assistência multiprofissional, comportando a extensão de atividades de tratamento e acompanhamento, atividades laborais e culturais. Emprega-se a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. A análise de dados se fez por meio da Análise Temática proposta por Bardin. Assim, o presente buscou trazer à discussão de como esse processo se consolida no cotidiano do serviço. Desta forma, intencionou-se contribuir para o debate sobre a desinstitucionalização na atenção psicossocial como diretriz da saúde mental no processo de trabalho de enfermagem em um CAPSIII, Natal/RN.

Descritores: Desinstitucionalização, Trabalho, Saúde Mental, Enfermagem.

ABSTRACT

PAULINO, T. S. C. ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES OF THE WORKING PROCESS OF NURSING: the case of CAPS in Natal / RN. 2012. fls . Project Thesis (Master) - Graduate Program in Nursing , Federal University of Rio Grande do Norte, Natal / RN, 2013.

The Brazilian Psychiatric Reform proposes creating linkages / interactions of the mentally ill with civil society , through promoting citizenship and assistance to the mentally ill. The deinstitutionalization of mental health advocates from the guidelines decreased supply of hospital beds and consequently the creation of substitute services for psychosocial care, especially with regard to therapeutic practices emancipatory. From this scenario, the present study aims to investigate the relevance and challenges of the process of nursing work in CAPS III in Natal / RN. It is descriptive research with a qualitative and exploratory. The subjects are employees of the nursing team in CAPS III East of Natal / RN. This service has actions for the psychosocial care of the subjects treated with daily multidisciplinary care by behaving the length of treatment and follow-up activities, industrial and cultural activities. Employ the semi-structured interview as a tool for data collection. The data analysis was done by means of thematic analysis proposed by Bardin. Thus, this sought to bring to the discussion of how this process is consolidated in the daily service. Thus, purposed to contribute to the debate on deinstitutionalization in psychosocial care as a guideline in the process of mental health nursing work in a CAPSIII, Natal / RN.

Descriptors: Deinstitutionalization, Labor, Mental Health, Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	14
2.1 GERAL	14
2.2 ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO CAPS: ENFERMAGEM E PROCESSO DE TRABALHO MULTIDISCIPLINAR	16
3.2 PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL	21
4 PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1 NATUREZA DA PESQUISA	29
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	30
4.3 COLETA DE DADOS	32
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	32
4.5 QUESTÕES ÉTICAS	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
Artigo 1 – O processo de trabalho da enfermagem em saúde mental pós- reforma psiquiátrica: o caso dos CAPSIII	36
Artigo 2 – O TERRITÓRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: fronteiras e possibilidades do agir em saúde mental	55
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA	82
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA	85
APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA	86

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFRN	87
ANEXO B – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DO ARTIGO 1	90
ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DO ARTIGO 2	102

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nas últimas décadas, apesar de existirem dois modelos distintos de atenção ao doente mental, havia uma predominância do modelo tradicional baseado na psiquiatria onde a prática destinava-se a medicalização e hospitalização sob os cuidados médicos (SILVA; FONSECA, 2005).

As concepções de que o “louco” era um possuir de demônio ou um ser cheio de pecados perdura ainda nos dias atuais estigmatizando o doente mental. Com isso, as formas de tratamento eram desumanas e com bastante uso medicamentoso para controlar os sintomas e tranquilizar a sociedade (BRAZ; SCHRAMM, 2011).

Historicamente, o processo de trabalho em saúde mental destinava-se com a intervenção no corpo da pessoa com doença mental de forma a reduzir os sintomas e adaptá-la a viver em sociedade. Essa prática pauta-se na psiquiatria tradicional onde o médico (detentor do tratamento) tinha as demais profissões que compõem a equipe multidisciplinar subsidiárias ao seu saber (SILVA et al., 2000). Assim, o processo de trabalho era fundamentado na hierarquização de agentes com o objetivo da cura e prevenção da doença do indivíduo.

O modo de produção capitalista acentua a divisão do trabalho e a realização de tarefas. Tal fato estabelece a predominância da hegemonia do saber médico e aos demais profissionais a responsabilidade de executar ações (MERLO; LAPIS, 2007).

As relações da equipe de saúde para a realização do seu processo de trabalho deixam de ser uma expressão das tarefas determinadas pela hierarquia e passam a ser determinadas pela divisão do trabalho (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

No âmbito da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica brasileira provocou rupturas na forma do cuidado às pessoas com transtorno mental, a partir do momento que busca desinstitucionalizar a assistência, oferecendo novas alternativas para o cuidado, tendo como foco o indivíduo em seu território (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

As práticas do cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira requer a transformação do processo de trabalho em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, para “articular as dimensões teórico-filosóficas, técnicas, sociais, políticas, econômicas e histórica com as questões da loucura” (SILVA et al., 2004, p. 676). Desta forma, para superar o antigo modelo manicomial é necessário

compreender a determinação social do processo saúde/doença tendo a finalidade de inclusão social da pessoa com transtorno mental.

Com o processo de desinstitucionalização e a importância dos CAPS , a sua expansão se deu de forma descontínua e os recursos ainda privilegiavam os hospitais psiquiátricos. Assim, foi apenas em 2001 que a Lei da Reforma Psiquiátrica entra em vigor (QUINDERE *et al.*, 2013).

Guimaraes, Jorge e Assis (2011), observam que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se inserem na lógica de desinstitucionalização, quando se constitui como novo espaço de reorganização das práticas direcionadas à saúde mental. Nesses espaços, observam-se nova conformação da equipe de trabalho, bem como a inserção de novos atores envolvidos no processo de ressocialização do indivíduo, tendo a comunidade e a família como componentes estratégicos.

Diante deste novo contexto, Silva *et al.* (2000) afirmaram que na saúde mental, a comunicação é um objeto primordial na terapêutica dos usuários, pois são dotados de subjetividade, mesmo quando se encontram em crise. Com isso, os profissionais envolvidos nesse processo utilizam a tecnologia das relações interpessoais para fazer a intervenção, interpretar e cuidar do usuário dos serviços de saúde mental.

Contudo, percebe-se uma lacuna entre o processo formativo inovador da Reforma Psiquiátrica e o que está sendo realmente implementado. A investigação científica acerca do processo de trabalho da equipe multiprofissional dos CAPS é valiosa em virtude do comprometimento na promoção à saúde das pessoas com transtornos mentais e sua reinserção social. É importante também por facultar subsídios relevantes ao desenvolvimento de práticas para uma efetiva consolidação da reforma psiquiátrica.

Desta forma, o conhecimento sobre qual a melhor forma de desenvolver esse processo de trabalho é por meio da efetivação das políticas públicas, bem como, a consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica para que esta se torne mais efetiva e adequada de forma que possa abordar os problemas de saúde mental da população, que atualmente é um dos grande desafio na prática da enfermagem.

Nesse íterim e diante das confluências teóricas e metodológicas do contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e a criação dos CAPS, nota-se ainda predominância no que diz respeito ao desenvolvimento de práticas medicalizantes para controle de crise psicótica, dentre outras manifestações psiquiátricas. É nessa

perspectiva, que se faz relevante e pertinente, investigar a atualidade e os desafios do processo de trabalho da enfermagem nos CAPS III no município de Natal/RN.

A realização do presente estudo no cenário de um CAPS III, justifica-se por se tratar de um dispositivo atual da rede de cuidado em saúde mental. O CAPS III é especializado na prestação do atendimento durante 24 horas, inclusive feriados e finais de semana. Essa permanência estendida favorece a atenção integral e redução no número de internações hospitalares, podendo ser utilizado em estado de sofrimento psíquico grave ou para prevenir tais episódios (BRASIL, 2004). Nesses espaços, os profissionais atendem a clientela no intuito de contribuir para a resolução ou redução dos problemas de saúde mental que os afligem, inclusive, no que tange aos aspectos de reinserção social.

O CAPS, por sua vez, deve estar articulado com os demais serviços de saúde oferecendo um 'continuum' de cuidados para que o indivíduo com transtorno mental retome seu território e apreenda seu re-significado na sociedade (BRASIL, 2004).

É nesse ínterim, que propõe-se como questões de pesquisa: como está se configurando o processo de trabalho do enfermeiro em Saúde Mental, especialmente nos CAPS? Quais ferramentas são essenciais para potencializar esse processo?

O processo de assistência à saúde no âmbito da Saúde Mental é influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos. Conhecê-los é um desafio ao enfermeiro e a família, autores no processo do cuidar, na perspectiva de oferecer qualidade de vida à pessoas com transtornos psíquicos.

É preciso que os serviços ofereçam qualidade, de modo que as pessoas que necessitam dele ganhem melhores e mais efetivas condições de exercício da liberdade política e intelectual e expressão da cidadania. Este é o desafio que se põe ao processo de trabalho da enfermagem em saúde mental.

Solucionar problemas, pesquisar, interpretar, desenvolver habilidades, entender o funcionamento econômico e as características de uma sociedade em constante mudança são alguns dos objetivos valorizados atualmente e que fogem da visão hospitalocêntrica. No entanto, dentro de uma visão mais elaborada, encontram-se as características individuais e as potencialidades a serem extraídas do ser que expressa a nível individual as necessidades do coletivo. Além disso, há fatores socioculturais e ferramentas que podem ser utilizadas como potencializar o

cuidado em Saúde Mental, principalmente nos CAPs no qual é desenvolvido uma nova abordagem ao processo de trabalho do cuidar.

Para tanto, vislumbra-se a necessidade de olhar cada ser como único, compreendendo características variadas que cada organismo demonstra. Tanto fatores internos quanto externos interagem com as características individuais e se expressam no corpo humano.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a atualidade e os desafios do processo de trabalho da enfermagem nos CAPS III no município de Natal/RN.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de trabalho da equipe de enfermagem em saúde mental, com ênfase, nas transformações advindas do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira;
- Investigar os obstáculos e as potencialidades dos saberes e práticas de enfermagem em saúde mental no âmbito do CAPS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Perante a hegemonia médica vigente no capitalismo no início do século XX e das concepções de mundo das classes dominantes, os serviços de saúde na sociedade brasileira passaram a reproduzir internamente em seu processo de trabalho a crescente divisão e tecnificação do trabalho industrial.

Diante disso, Merlo e Lapis (2007) asseveram que no capitalismo, havia uma radical separação entre o saber e o fazer; entre a concepção, o planejamento e a execução; entre o trabalho manual dos operários e o trabalho intelectual das gerências. O trabalho é transformado em atividade parcelada, repetitiva e sem sentido, ao retirar do indivíduo a sua capacidade criativa.

Nesse contexto do capitalismo, o trabalho decorre de uma tarefa fragmentada, tal qual instaurada pelo Taylorismo, por meio de respostas fortemente personalizadas, que direcionam, prioritariamente, para dois sofrimentos provocados pelo trabalho: o medo e a monotonia. Contudo, foi a partir da década de 1970, que se iniciou no Brasil o processo de Reforma Psiquiátrica e desta forma, semeou que semeou novas formas no atendimento em saúde mental através de serviços substitutivos como os CAPS (OLSHOWSKY, 2009).

Com a consolidação de uma nova prática advinda da reforma, o processo de trabalho direcionava-se ao sujeito doente e de maneira que “os instrumentos de intervenção são ampliados pela capacidade criativa de todas as práticas sociais em saúde cuja finalidade não é mais a adaptabilidade social, mas a inclusão do sujeito” (SILVA et. al., 2000, p.68). Nesse enfoque, o trabalho apresenta em sua prática a finalidade da inclusão social. Contudo, seu objeto de trabalho “a doença mental” permanece sob os moldes do paradigma do modelo tradicional (SILVA et. al., 2005).

Não obstante, a partir do contexto histórico trazido por Foucault (1972) o trabalho direcionado ao doente mental iniciou-se com a criação do Hospital Geral na Alemanha. Nele internavam-se os devassos, pais dissipadores, filhos pródigos, os blasfemadores e os libertinos, ou melhor, nessas instituições os “loucos” ficavam presos como forma de manter o padrão de “anormalidade” da população.

E ainda, os cuidados médicos, única classe que se destinava a cuidar dessas pessoas, eram feitos a distância e apenas quando encontravam-se em crise. “A experiência da loucura como doença, por mais restrita que seja não pode ser negada. Ela é paradoxalmente contemporânea de outra experiência na qual a

loucura resulta do internamento, do castigo, da correição” (FOUCAULT, 1972, p. 131).

Nessa perspectiva, foi no cenário do neoliberalismo na década de 1990 que a Reforma Sanitária teve início no Brasil, e assim surgiu assim o Sistema Único de Saúde – SUS. Todavia, paralelamente a esse processo, ocorria em algumas instancias municipal através de movimentos sociais dos trabalhadores em saúde mental, um novo olhar sobre a atenção psicossocial, dado o início à Reforma Psiquiátrica. Nesse mesmo período, o Ministério da Saúde editou portarias para minimizar o tempo de permanência de internação do usuário e criou novas possibilidades de consultas e neste processo, a Política Nacional de Saúde Mental se consolidou (LUZIO; YASUI, 2010).

3.1 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO CAPS: ENFERMAGEM E PROCESSO DE TRABALHO MULTIDISCIPLINAR

A Política Nacional de Saúde Mental redirecionou-se a partir da década de 1990 por meio da criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM) que propunha a adoção de medidas para mudar o modelo assistencial. Nesse âmbito, realizou-se em 2001 a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) com o intuito de expandir as discussões para os diversos atores da sociedade. Considera-se portanto, que tais políticas devem ser criadas em consonância com o SUS e o Estado deve proporcionar a efetivação de ações com o cunho de melhorar as condições de saúde da população e atender as demandas locais (SIMON; BAPTISTA, 2011).

Todavia, conforme pode-se perceber a política destina-se em articular estado, sociedade e saúde com as políticas sociais que visam atender a população trabalhadora, mediante da compreensão do seu contexto econômico, cultural e social. Ademais em 2001, sancionou-se a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira que intervém na questão do direito à pessoa com transtornos mentais a ser tratada em serviços substitutivos, com caráter de desinstitucionalização, e restrinjam de tal modo a internação (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Conforme mostra estudos recentes, Em estudos recentes esse novo modo de assistir o doente mental reduz o número de leitos nos hospitais psiquiátricos, ao destacar que esse processo passa a combinar o uso de leitos em hospitais gerais e

de mecanismos de atenção diária de diversos níveis nos CAPS. Na verdade, considera-se que a substituição dos hospitais pelos serviços os CAPS, fomenta a troca de equipamentos hospitalares especializados por uma abordagem acolhedora à família e ao usuário de serviços comunitários de saúde mental. Deste modo, troca-se recursos hospitalocêntricos pela atenção centrada no indivíduo e nos equipamentos sociais que o rodeiam (RIBEIRO; DIAS, 2011).

Nesse ínterim, a Declaração de Caracas, elaborada na década de 1990 já havia evidenciado que os hospitais psiquiátricos não ofereciam suporte para cumprir com as diretrizes propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), nem tampouco com os princípios, posteriormente elencados de equidade, integridade e universalidade do SUS, no caso brasileiro (BRASIL, 2004a).

Contudo, em meio ao processo de Reforma Psiquiátrica em 2002, criou-se o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, o Programa De volta para casa e a expansão dos CAPS e das residências terapêuticas, como forma de fortalecer as novas práticas e com o intuito de organizar e redirecionar o processo de trabalho em saúde mental e por conseguinte promover uma prática voltada à atenção comunitária e interdisciplinar do cuidado (BRASIL, 2005).

Ao observar as discussões trazidas por Merlo e Lapis (2007) verifica-se que o capitalismo consolidou radical separação entre o saber e o fazer; entre a concepção, o planejamento e a execução de tarefas laborais; entre o trabalho manual dos operários e o trabalho intelectual das gerências.

Já o trabalho como processo, decorrente da teoria de Marx, leva em consideração o processo histórico do indivíduo respaldado nas mudanças e necessidades motivadoras, ao passo que, o processo de trabalho é a transformação de um objeto em um produto determinado, por meio da intervenção intencional e consciente do ser humano que, para fazê-lo, emprega instrumentos com o objetivo de produzir algum produto ou serviço com valor para o próprio ser humano (SANNA, 2007).

No entanto, no modo de produção capitalista a medicina como campo de produção teórico-prática estabelece relações com a sociedade pelos modelos de conhecimento do processo saúde-doença com finalidade da cura e prevenção de

doenças ao apresentar como objeto de trabalho o corpo individual ou coletivo dos indivíduos.

No concernente ao processo de trabalho em saúde, Giovanini et al. (2002, p. 147) observam que se trata da “aplicação da força de trabalho em saúde, mediante a utilização instrumentos de trabalho específicos, e visam à transformação de seu objeto de trabalho, com a finalidade de cura e/ou prevenção de doenças”.

Discorrer sobre essa temática requer análises aprofundadas como realizada por Sanna (2007) ao salientar que o trabalho em saúde é composto de uma série de processos de trabalho, desempenhados por diversos agentes que compõe esse setor.

No âmbito da sociedade brasileira, as políticas implementadas resultaram em modelo organizacional da equipe de saúde na qual as atividades ficaram divididas entre o médico e o atendente e gerou assim a principal consequência à predominância de um modelo biomédico individualista que não atendia adequadamente às necessidades básicas de saúde seja pela não prestação do serviço ou pela baixa qualidade do serviço prestado (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Nesse sentido, a enfermagem configura-se como um modo particular de abordagem à finalidade do processo de trabalho em saúde, pois

é uma prática social, historicamente determinada e, portanto, inserida em relações sociais concretas. É realizada por trabalhadores cujo exercício profissional ocorre perpassado de conflitos entre os diversos componentes da equipe (enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente) membros de diferentes classes sociais (GEOVANINI, 2010, p. 86).

Corroborando com tais princípios, de acordo com o enfatizado por Pereira et al. (2009) o trabalho em enfermagem é uma prática social, pois está inserido em um contexto sócio-histórico e estabelece relações sociais com outros trabalhos e com outras instâncias componentes da estrutura da sociedade, ao sofrer interferências desta. E ainda, em mais pesquisas realizadas por Mishima et al. (2009) a enfermagem como prática social não é apenas divisão de papéis ou tarefas entre os diversos trabalhadores de enfermagem, mas divisão social de saberes e poderes.

Há destaque também no contexto histórico da prática social da enfermagem, o processo de institucionalização da profissão ao dividir seu trabalho por diversos agentes de tal modo que para o enfermeiro são atribuídas as atividades de ensino,

supervisão e administração e para o pessoal auxiliar a maioria das atividades de assistência. Desta forma, instala uma divisão entre o cuidado direto e indireto (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Já o objeto de trabalho da enfermagem além de ser o indivíduo como no trabalho em saúde há também a administração, o cuidado de enfermagem, o ambiente terapêutico, a educação em saúde, dentre outros, os quais estão direcionados ao indivíduo (GEOVANINI, 2002).

A enfermagem consiste em cuidar tanto de seres humanos sadios como de doentes, com ações integradas – cuidar-educar-pesquisar. Com isso conforme é possível evidenciar, que seus conhecimentos e ações são diferentes das concebidas e executadas pelo médico, uma vez que o interesse desta está centrado no ser humano sadio ou doente e não na doença propriamente dita (GEOVANINI et al., 2002).

O cuidado de enfermagem como objeto central de intervenção é executado, em sua grande parte, pelo técnico/auxiliar de enfermagem, e à responsabilidade do enfermeiro as ações de planejamento da assistência e a criação de condições adequadas para que estas ações sejam executadas (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Ao longo do tempo, segundo observado por Geovanini (2002), a assistência de enfermagem (consulta de enfermagem; administração de medicamentos, planejamento da assistência de enfermagem; orientações das mais diversas; técnicas simples ou complexas) consolida-se no planejamento e execução de técnicas e ações voltadas ao conforto e recuperação do paciente ou à prevenção de doenças inseridas em uma preocupação com o ambiente terapêutico, a administração e a assistência de enfermagem.

No entanto, para Fracoli e Bertolozzi (2001), os enfermeiros ao exercitarem a prática do cuidar em enfermagem reiteram a lógica médica e medicalizante, hegemônica na sociedade ocidental, e atuam segundo as teorias uni ou multicausais do processo saúde-doença. Ao proceder à consulta do indivíduo, esforça-se em realizar exame físico rigoroso e em fazer anamnese que investigue atentamente as causas biológicas da dor, afere pressão, verifica a temperatura e o peso, realiza ainda outras avaliações físicas que possam subsidiar o seu diagnóstico de saúde. Quase sempre termina o atendimento com a identificação de "anormalidade", ou doença, para a qual existe prescrição de medicamentos específicos e condutas a seguir, solicita-se o retorno do paciente em data previamente agendada.

A enfermagem como campo científico, tem se apropriado de teorias com base no materialismo histórico e dialético para desenvolver e planejar intervenções e pesquisas que venham a transformar sua prática, busca articular os processos de produção e reprodução social referentes á saúde e doença de uma coletividade, no marco de sua conjuntura, num contexto social historicamente determinado, para intervir nessa realidade e reinterpretar a mesma para novamente nela interpor instrumentos de intervenção (FRACOLLI; GRANJA, 2005).

A construção de novo modelo assistencial em saúde proposto pelo SUS alicerça-se em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilizem um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência, supera-se concepções de indivíduo como criatura meramente funcional onde o mesmo não era considerado como sujeito político e como pessoa singular, provido de crenças, valores, desejos e emoções (RIBEIRO et al., 2004).

A saúde mental se aproxima desse contexto porquanto sua proposta de ação fundamenta-se em princípios como a integralidade da assistência e enfoca o cuidado no acolhimento e vínculo. A ideia central é devolver o indivíduo à sociedade com suas potencialidades, pois o próprio ser é co-autor na reabilitação e tratamento (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2010).

Conforme discutido por Luzio e Yasui (2010) a Reforma Psiquiátrica Brasileira articula-se com outros segmentos da sociedade civil e com a luta antimanicomial. Igualmente, os CAPS, criados nessa lógica, formam a rede assistencial de vários serviços em relação de rede de cuidados.

Os avanços conquistados no âmbito da assistência em saúde mental remetem ao que Campos (2003) denomina de clínica ampliada, onde a função do profissional da saúde é estimular o autocuidado, a educação em saúde e o compartilhamento de conhecimentos técnicos com os usuários dos serviços e grupos para aumentar a capacidade das pessoas de serem terapeutas de si mesmas.

Assim sendo, Guimaraes, Jorge e Assis (2011) afirmaram que o trabalho em saúde mental apresenta-se permeado de especificidades e por isso, requerem habilidades para lidar com o ser humano, e compreendê-lo na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde.

Diante desse novo modo de produzir saúde mental é necessário que os profissionais responsáveis por atender a demanda apresentem propostas de ações

mais amplas ao considerar “produção social de vida, como a interação do trabalho, lazer, cultura, educação e saúde que não são ações naturalmente prescritas nos compêndios e manuais de saúde mental e psiquiatria” (LUCCHESI et al., 2009, p. 2033).

Na Saúde Coletiva, âmbito no qual se insere a saúde mental comunitária, o enfermeiro atua como agente catalisador das políticas e estratégias a serem desenvolvidas, e trabalha em conjunto com todos os agentes participantes no processo de trabalho em saúde e está em contato direto com a comunidade e seus problemas por ter visão da realidade, o que contribui para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde. Entretanto, é válido destacar que “para alcançar a saúde coletiva, o trabalho em enfermagem tem de ser diversificado amplo desde o cuidar [...], passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde” (BARBOSA et al., p. 13, 2004).

3.2 O TERRITÓRIO CAPS: DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

A enfermagem psiquiátrica, como fora inicialmente designada à área de assistência de enfermagem ao doente mental, surge no hospício, local destinado ao disciplinamento do louco. A assistência ao doente mental pautava-se no “tratamento” de uma patologia identificada por um diagnóstico, e este era controlado e observado para ser curado pelo médico. As atividades desempenhadas pelos enfermeiros destinavam-se mais à parte burocrático-administrativo e de gerência do que o cuidado (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

No referente à formação, faz-se necessário ressaltar que apesar do ensino da enfermagem vislumbrar a prática voltada ao ambiente familiar e sua relação com o “doente”, a assistência centrava-se na manutenção do ambiente terapêutico, pois a intervenção cabia a equipe médica (SILVA; FONSECA, 2005). Desta forma, o trabalho da enfermagem se conformava aos preceitos e saberes da medicina, ao colocar suas ações subordinadas ao diagnóstico e prescrição médica.

Por outro lado, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras que era vinculada ao Hospital Nacional de Alienado tinha como objetivo formar profissionais capacitados a lidar com os loucos em um espaço onde se preconizava a assistência

medicamentosa. Esse curso de formação em enfermagem psiquiátrica não seguia o Sistema Nightingale, eram orientados por médicos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

É válido salientar ainda que, esse novo campo da ação psicossocial requer a ação humanística com finalidade à promoção da saúde mental, prevenção da enfermidade e, principalmente, o enfrentamento das pressões causadas no cotidiano por meio da repressão advinda da sociedade que não percebe o verdadeiro sentido do sofrimento mental. Todavia, a atualidade da assistência em enfermagem e saúde mental se dá por intermédio dos serviços abertos de saúde mental com o objetivo de manter a assistência no âmbito familiar e social e viabilizar um projeto terapêutico que valoriza as potencialidades do sujeito (VILELA; MORAES, 2008).

“o campo psicossocial é o lugar onde a ação de saúde é produzida. Quem a produz é um sujeito, também socialmente constituído, o que traduz no limite da interação, o saber e o poder aderente ao seu lugar social” (SILVA; FONSECA, 2005, p. 446).

Nessa nova perspectiva do cuidado – a ação psicossocial – a enfermagem integrante da equipe multiprofissional do CAPS enfrenta na atualidade os desafios de integrar uma equipe multiprofissional com suas especificidades e ao mesmo tempo considerar para novas perspectivas para os cuidadores em saúde mental.

Tal proposição é retrata por Vilela e Moraes (2008) que destacaram como o princípio da atenção psicossocial envolve o profissional em atividades coletivas e multiprofissionais no intuito de trabalhar as potencialidades do sujeito cuidado no âmbito social, para favorecer assim, o seu crescimento pessoal, bem-estar, qualidade de vida e reinserção social.

Atenta-se ainda, para fatos trazidos por Oliveira e Alessi (2003) sobre a questão da utilização de instrumentos não-materiais para consolidação do processo de trabalho da enfermagem na saúde mental, bem como, os métodos aplicados e as bases teórico-metodológicas que os sustentam.

Conforme acrescentado por Merhy (1997), instrumentos como tecnologia leve e leve-dura com os quais o trabalhador tem o auto-controle para imprimir mudanças pela intersubjetividade no processo de trabalho em saúde dependem, além do aparato tecnológico do uso dos saberes bem estruturados e a articulação entre os demais profissionais componentes da equipe. Enfim, é a produção do trabalho vivo, numa relação entre o prestador do cuidado e o usuário/paciente.

É preciso que a enfermagem, como prática social em saúde mental, reconheça a mudança do seu processo de trabalho e se reconheça como co-produtora de espaços de transformação do cuidado. Para isso, é necessário que priorize em seu processo de trabalho a promoção da saúde e, conseqüentemente, a reinserção social de pessoas com histórico de sofrimento mental e internação psiquiátrica.

Deve-se atentar que as propostas discutidas na Reforma Psiquiátrica brasileira, tem suas ações de saúde voltadas para o território no qual as famílias e grupos estão inseridos, e enfatizam medidas de saúde para as coletividades. Nessa perspectiva, todos os envolvidos nos processos saúde-doença formam uma rede de responsabilidade compartilhada na assistência (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2010).

A formação da medicina científica moderna subordinada ao desenvolvimento capitalista gerou profundas transformações sociais no plano da sociedade. No século XVIII, a doença era vista como entidade que subsistia no ambiente como qualquer outro elemento da natureza e o hospital concebido como lugar de exclusão, torna-se ambiente de cura. A clínica moderna vem, então, para romper com esse sistema (COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2011).

Além disso, partir do pressuposto de que os determinantes dos modos de viver interferem diretamente no processo saúde-doença, alterações positivas nesses determinantes produzem melhoras significativas nos níveis de saúde da população. Por isso, ações de cunho integralizador e de investimento em recursos humanos e não-humanos são instrumentos mais efetivos na redução dos riscos de adoecimento (DELFINI *et al.*, 2009).

Não obstante, a distritalização, um processo político e social de descentralização da saúde, torna o município um meio veiculador para transformação das práticas de saúde através das políticas públicas, ao enfatizar a apropriação do território como um elemento essencial para o planejamento e gestão dos serviços de saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, ao corroborar tais princípios, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados como forma de fazer aproximar de seu cotidiano, e nesta perspectiva percebe-se que o trabalho desenvolvido nesses locais resulta das relações sociais e psíquicas entres os atores responsáveis pelo cuidado nas interfaces entre o singular e o coletivo. (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

É relevante destacar que os CAPs se configuram com um novo espaço do cuidar em saúde mental. Nesse território, as ações tem o intuito de privilegiar a subjetividade do sujeito, extraindo-lhes suas potencialidades, a fim de atingir o bem-estar.

Desta forma, para compreender o território é necessário entender as várias nuances elaboradas acerca dele e mais, o território não é apenas um lugar de qualidade da população, mas sim de co-responsabilidade e atuação compartilhada (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Parte-se do pressuposto que é no território que a assistência em saúde se pauta sob esta nova perspectiva, no qual elenca a família dentro de seu território como principal autor na prestação do cuidado.

Sob este aspecto, a assistência à saúde mental se assenta para definir o território como um ambiente de grupo imbuído de interações e interações humanas de forma integradora entre as diversas dimensões sociais e não apenas um espaço geograficamente delimitado (HAESBAERT, 2011).

Desse modo, o território torna-se um meio vinculador de promoção à saúde, bem como, ambiente socializador e potencializador do cuidado ao doente mental. Por conseguinte, as ações em saúde mental que visam a reinserção de pessoas com transtornos mentais à sociedade têm o intuito de proporcionar a aceitação do doente mental.

E ainda, sob um ponto de vista integrador, o território constitui-se como um espaço político, econômico e cultural com dinâmicas próprias que coexistem de forma articulada, em redes, conectadas a diferentes pontos ou áreas ao permitir novas relações nos múltiplos espaços para a construção de novos territórios, a multiterritorialidade (HAESBAERT, 2011).

Em estudo realizado por Cossentin e Olschowsky (2011), o espaço geográfico é percebido como resultado histórico da produção social, pois a experiência e percepção de seus componentes são fatores determinantes para sua consolidação, ao imprimir seus valores neste processo.

Na verdade, é preciso que a sociedade tome o território como um espaço de participação social, no qual sejam impressos elementos de natureza cultural, social, econômica e política, de forma que todos esses elementos atuem de forma integrada para que a atenção à saúde mental atenda aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O território possui variados instrumentos a serem utilizados no processo de cuidar em saúde mental que podem/devem ser utilizados como potencializadores desse trabalho, para favorecer a aproximação entre as equipes e entre os profissionais e a população, ao procurar uma maior resolutividade dos casos de saúde mental.

Sob esse ponto de vista, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tal como a ESF, se constituem como um novo espaço de reorganização das práticas direcionadas à saúde mental. Nesses locais, se observa nova conformação da equipe de trabalho, bem como a inserção de novos atores envolvidos no processo de ressocialização do indivíduo, ao colocar a comunidade e a família como componentes estratégicos (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Diante deste novo contexto, na saúde mental, a comunicação é um meio primordial na terapêutica dos usuários, pois são dotados de subjetividade mesmo quando se encontram em crise. Com isso, os profissionais envolvidos nesse processo utilizam a tecnologia das relações interpessoais para fazer a intervenção, interpretar e cuidar do paciente (MINOZZO *et al.*, 2012).

Especificamente sobre a comunicação pela palavra, sabe-se que a cultura emerge por meio das tradições orais, da criatividade prática e dos atos da vida cotidiana. A oralidade, portanto, torna-se importante para manter as relações ao conectar a família e a rua, o trabalho e o lazer, o formal e o espontâneo (DELFINI *et al.*, 2009).

Com base nesses princípios, os CAPS se constituem como uma instituição terapêutica com o objetivo de oferecer uma assistência clínica centrada na vida cotidiana do usuário, ao permitir a construção de uma rede sociável em seu projeto terapêutico. Para alcançar este propósito, os CAPS I, II e III apresentam uma dinâmica de atendimento diferenciada de forma a contemplar as necessidades familiares/pessoais ao funcionar oito horas diárias por cinco dias na semana e 24h todos os dias, respectivamente (LUZIO; YASUI, 2010).

Na saúde mental estão imbricados princípios como a integralidade da assistência que foca seu cuidado no acolhimento e vínculo. A idéia principal é devolver o indivíduo à sociedade com suas potencialidades, pois o próprio ser é co-autor na sua reabilitação e tratamento (MIELKE; OLCHOWSKY, 2011).

Por se tratar de um serviço que organiza os processos de trabalho e as práticas em saúde baseadas no processo de territorialização, suas ações pautam-se

nos problemas daquela população, percebido de forma subjetiva. O processo de territorialização, principalmente no que tange a implantação dos CAPS na atenção básica, possibilitou o desenvolvimento de ações no contexto comunitário mediante articulação da rede de serviços de saúde na atenção aos casos de transtornos mentais de maneira integral, junto às equipes da ESF (LUZIO; YASUI, 2010).

É nessa perspectiva, que se faz relevante e pertinente, ressaltar a participação de todos os atores envolvidos no processo de saúde-doença, principalmente no que tange a saúde mental, para fazer com que se percebam enquanto co-autores na construção de um território sob a perspectiva da multiterritorialidade.

No âmbito da saúde mental o CAPS é a instituição terapêutica que tem como objetivo a prática clínica centrada na vida cotidiana do usuário e o estabelecimento de rede sociável articulada ao projeto terapêutico singular de cada usuário do serviço (LUZIO; YASUI, 2010).

No CAPS I a equipe mínima é 1 médico psiquiatra ou com formação em saúde, 1 enfermeiro, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 1 técnico/auxiliar de enfermagem, 1 técnico administrativo, técnico educacional e 1 artesão (BRASIL, 2004, p. 26).

No CAPS II é 1 médico, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 terapeuta ocupacional, 1 pedagogo, 1 professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 6 profissionais de nível técnico como: técnico em enfermagem, técnico educacional, técnico administrativo e artesão (BRASIL, 2004, p. 26).

O CAPS III tem 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior, 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004, p. 26).

No CAPSi, 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto

terapêutico, 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004, p. 27).

E o CAPSad, 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004, p. 27).

Se faz mister ressaltar que o trabalho desenvolvido no CAPS requer a participação de vários atores que integram a equipe multidisciplinar no processo de trabalho em saúde mental. O trabalho no CAPS “define o momento da expressão do sofrimento, que resulta da estrutura psíquica característica do indivíduo... acontece também nas relações sociais e nas interfaces entre singular e coletivo” (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011, p. 719).

No que tange às novas metodologias de trabalho, que a enfermagem, dentre os demais profissionais da equipe precisam lidar no cotidiano, está o apoio matricial que consiste em um “arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde” (BRASIL, 2005 p. 34).

O apoio matricial articula a saúde mental à atenção básica, especialmente à Estratégia Saúde da Família (ESF) que qualifica as oportunidades de promoção da saúde. Dimenstein et al. (2009, p.66) afirmaram que a saúde mental também é um campo de atuação da ESF e deve ser incorporada ao processo de trabalho, pois percebe-se que apenas esforços na rede substitutiva não são viáveis, é necessário estender o cuidado para todos os níveis de assistência a saúde mental.

Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) reiteraram que o trabalho no modo psicossocial requer do profissional novas práticas que estejam pautadas nas necessidades do usuário, um atendimento individual e coletivo. Ainda existem lacunas entre o processo inovador da Reforma Psiquiátrica brasileira e a realidade da assistência em saúde mental.

A investigação acerca do processo de trabalho da enfermagem no CAPS destaca-se em virtude da busca sobre potenciais de promoção da saúde de pessoas com transtornos mentais e sua reinserção social. É importante também por facultar

subsídios ao desenvolvimento de discussões relevantes na área da saúde e educação, em especial, no que tange à Política Nacional de Saúde Mental e a prática profissional da enfermagem.

No CAPS o processo de trabalho direciona-se ao sujeito e o que ele tem de constitutivo, a fim de favorecer a capacidade de adaptação/inclusão social ampliados pela capacidade criativa de todas as práticas sociais em saúde (SILVA et al., 2000).

No estudo de Nardi e Ramminger (2012), o termo des-disciplinamento propõe o rompimento com as práticas segregadoras, a partir do momento que busca desconstruir as relações de poder estabelecidas nos serviços de saúde mental e permite a quebra da hegemonia de determinado saber sobre outro nas relações de trabalho.

Portanto, o trabalho da equipe de saúde mental reivindica a finalidade da inclusão social, no entanto, tem-se que seu objeto de trabalho ainda ancora-se na doença mental e permanece sob os moldes do paradigma do modelo tradicional (SILVA et al., 2005). Nesse campo, insere-se o objeto de investigação do presente estudo, que busca a atualidade e os desafios dos saberes e práticas da enfermagem no campo psicossocial em um CAPS III de Natal/RN.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descrito e exploratório de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. De acordo com Minayo (2007), na pesquisa qualitativa o pesquisador deve participar, compreender e interpretar os eventos sociais de sua pesquisa, ao considerar o sujeito do estudo, em determinada condição social, pertencente a um determinado grupo ou classe social com suas crenças, valores e significados.

Caracteriza-se como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados (RICHARDSON, 1999).

Quanto à abordagem exploratória, reconhece-se, como objetivo principal, o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2010). Triviños (2008) define essa abordagem como meio de aprofundar um estudo nos limites de uma realidade específica, ao buscar antecedentes e maior conhecimento para posterior planejamento de uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental.

Quanto ao tipo descritivo, entende-se como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno, podendo estabelecer possíveis relações entre variáveis (GIL, 2010). E ainda, permite ao pesquisador que observe, registre, analise e correlacione os fatos ou fenômenos atuais (LAKATOS; MARCONI, 1985; CERVO; BERVIAN, 1983).

O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação com o propósito de compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores (YIN, 2009).

Esse tipo de estudo proporciona ao investigador encontrar interações entre fatores relevantes próprios do *locús* do estudo, quando o objetivo é descrever e ou apreender a dinâmica do fenômeno, a que se acede diretamente, de uma forma profunda e global (YIN, 2009).

Yin (2009) enfatiza que é uma investigação, assume como particularística, isto é, se debruça deliberadamente sobre uma situação específica e se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir se há nela

de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenômeno de interesse.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O Estado do Rio Grande do Norte com aproximadamente três milhões de habitantes, tem como capital o município de Natal, foco do estudo, com população aproximada de 803.739 mil habitantes (IBGE, 2010).

O setor saúde deste município é formado por 147 unidades, sendo 80 unidades públicas municipais, 10 estaduais e 4 federais.

Quadro 1 – Rede Municipal de Saúde do Distrito Sanitário Leste. Natal/RN, 2006.

DISTRITO LESTE			
UNIDADE DE SAÚDE	ENDEREÇO	BAIRRO	FONE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE			
Centro Clínico Pediátrico Alecrim	Av. Presidente Bandeira, 935	Alecrim	3232-8425
Unidade de Saúde da Família da Guarita	Av. Presidente Sarmento, 1955	Alecrim	3232-8438
Unidade de Saúde da Família Passo da Pátria	Tv. Coração de Jesus, s/n	Cidade Alta	3232-8560
Unidade Materno Infantil Lagoa Seca	Rua Padre Antônio, s/n	Lagoa Seca	3232-8475
Centro de Saúde Aparecida	Rua Guanabara, 195	Mãe Luiza	3232-8620
Unidade Mista de Mãe Luiza	Av. João XXIII, s/n	Mãe Luiza	3232-8625
Centro de Saúde São João	Rua Romualdo Galvão, s/n	Tirol	3232-8570
Centro de Saúde Brasília Teimosa	Rua Miramar, s/n	Praia do Meio	3232-8610
Clínica Popular Maria Ferreira	Rua São João de Deus, 190	Rocas	3232-8578
Unidade de Saúde da Família das Rocas	Rua Francisco Bicalho, s/n	Rocas	3232-8545
Unidade Familiar Comunitária	Av. Nilo Peçanha, 620	Petrópolis	3232-3566
POLICLÍNICA			
Centro Clínico Dr. Carlos Passos	Pça. Augusto Severo, 281	Ribeira	3232-9198
CLÍNICA ESPECIALIZADA - ODONTOLOGIA			
Centro Clínico Odontológico Norton Mariz	Rua Capitão José da Penha, 135	Ribeira	3232-8595
CLÍNICA ESPECIALIZADA - SAÚDE MENTAL			
CAPS II	Av. Rodrigues Alves, 785	Tirol	3232-8575
CAPS AD II	Rua Monsenhor Severiano, 443	Petrópolis	3232-8565
SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA - SAÚDE MENTAL			
Residência Terapêutica	Rua Dr. Inácio de Carvalho, 1119	Tirol	3232-9810
CLÍNICA ESPECIALIZADA - SAÚDE DO IDOSO			
Centro Referência em Atenção ao Idoso	Pça. Augusto Severo, 281	Ribeira	3232-8580
HOSPITAL			
Hospital dos Pescadores	Rua São João de Deus, 28	Rocas	3232-8214

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN.

No que tange à saúde mental, possui 3 hospitais psiquiátricos e 8 serviços substitutivos a saber: um CAPS III, um CAPS II, dois CAPS ad, um CAPS i, um ambulatório, 2 residências terapêutica e um Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Alcoolismo, Tabagismo e Drogas (APTAD), distribuídos nos distritos sanitários (NATAL, 2007).

A cidade do Natal possui redes assistenciais para atender, de forma integral, a população não obstante ocorra fragmentação nas redes de serviços do cuidado (NATAL, 2007). Nesse sentido integralizador, o CAPS se constitui num espaço transformador, requerendo que vários profissionais trabalhem no intuito de promover o cuidado na direção da reinserção social. Baseado nisso, o *lócus* da pesquisa foi o CAPs III Leste, localizado no município de Natal/RN.

A escolha baseou-se no fato do CAPS III constituir-se de um serviço estratégico da rede de atenção psicossocial, caracterizado pelo seu funcionamento diuturno (24h) para pessoas com transtornos mentais, incluindo aquelas em crise.

Desta forma, os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que trabalham no CAPS III Leste, totalizando um corpo de 19 profissionais que prestam serviço nessa instituição. Contudo, durante a realização da pesquisa só participaram 12, pois dois estavam de férias, um estava de licença médica, e dois optaram por não dar plantão neste local, ficando os demais da equipe com a responsabilidade de cumprir com a escala.

O critério de inclusão para os sujeitos da amostra investigada se constituiu de ser um profissional da Enfermagem atuante no CAPs III de Natal-RN. Dentre eles citam-se os enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham diária e diretamente como cuidadores de saúde mental.

O critério de exclusão abrangeu profissionais ligados às demais áreas de atuação multidisciplinar dos CAPS III, como médicos, técnicos administrativos, psicológicos, assistente social, nutricionista, auxiliar de cozinha e o arte-educador. Também estão inclusos nesse critério aqueles que se encontravam temporariamente afastados do serviço, por motivos diversos, no período de coleta das informações.

A entrevista ocorreu entre os meses de Setembro e Outubro, no horário do expediente em diversos locais da instituição supracitada, não havia um local específico para a realização da entrevista. Os locais disponíveis para a gravação da entrevista foi a sala de reuniões, o consultório e o dormitório

4.3 COLETA DE DADOS

Nesta fase, utilizou-se da entrevista semiestruturada que consiste em um meio de comunicação verbal e coleta de informações sobre um tema específico com a finalidade de construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa (MINAYO, 2004).

A escolha pela entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice A) ocorreu em virtude da possibilidade do entrevistado discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada, e assim ampliar as contribuições acerca do objeto de estudo. Com isso, permite a presença ativa do pesquisador para guiar a entrevista, conforme a necessidade, sem perder a possibilidade de descrição (MINAYO, 2004).

Contudo, para concretização desta etapa, foi utilizado um roteiro norteador (Apêndice A) como apoio para a exploração do fenômeno investigado. Para consolidação da entrevista, utilizou-se um dispositivo do tipo gravador, a partir da anuência do entrevistado. Além de entrevista, foi realizado um diário de campo com captação da realidade a fim de conhecer o serviço no expediente de trabalho dos profissionais, com o intuito de se perceber a dinâmica do processo de produção dos serviços de enfermagem no CAPS III do município de Natal/RN.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram ordenados e classificados e a posteriori analisados pelo método de análise temática, tendo como referencial teórico o aporte da literatura nacional sobre processo de trabalho em saúde/enfermagem e a literatura referente ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir do exposto, foram criadas as seguintes categorias: trabalho coletivo em saúde, trabalho fragmentado, precarização no trabalho, participação social, ausência de redes de atenção à saúde, ausência de apoio matricial, e falta de parceira e integração entre os membros da equipe. Entretanto, vislumbrou-se como sugestão de melhorias para o serviço com o intuito de consolidar a assistência em saúde mental, surgiram as categorias: trabalho coletivo em saúde e o apoio matricial.

A análise temática demonstrou-se útil no presente estudo, pois possibilitou a abordagem que ultrapassou aquilo manifestado nas falas, ao atingir a relação das

categorias com as estruturas sociais e com os problemas da pesquisa. Bardin (2011) observa que, do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de literatura prévia para atingir o nível mais aprofundado e, para isso, esta técnica relaciona a estrutura dos textos, analisando-a com os fatores que determinam suas características.

Conforme Bardin (2011), a operacionalização da análise temática dividiu-se em três etapas: na primeira referente à pré-análise, onde realizou-se a leitura flutuante de todas as entrevistas, procurando assimilar o conteúdo do material em sua relação com os pressupostos teóricos e objetivos de pesquisa.

Na segunda descrita como exploração do material, executou-se o processo pelo qual foram agrupados os discursos que contiverem palavras idênticas ou com proximidade semântica para construção de unidades de significado encontradas nas falas dos sujeitos e, a partir de tais unidades, foram construídas as categorias do estudo. A terceira fase constitui-se no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, ou seja, o processo de concretização das inferências e interpretações solidificadas pelas discussões acerca da pesquisa. Após a análise do material, formaram-se as categorias de análise de Bardin, como forma de interpretação de um processo reflexivo do que foi dito, à luz de conhecimentos mais amplos, que extrapolam os dados da pesquisa ou comparam esses dados com demais pesquisas (BARDIN, 2011).

Nesse ínterim, a análise de conteúdo consiste de uma leitura “profunda”, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva assim, a descoberta das relações existentes entre, o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores. Ademais, a técnica permite a compreensão, a utilização e a aplicação de um determinado conteúdo. (BARDIN, 2011).

Nessas categorias, ressaltaram-se aspectos ligados às convergências e divergências do pensamento que, para Triviños (2008), é uma tendência de caracterização dos aspectos qualitativos, que surgem em respostas às dimensões positivas para a explicação dos fenômenos sociais, com enfoque subjetivo-compreensivo, crítico-participativo, com visão histórico-estrutural.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

Destaca-se que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em conformidade aos princípios éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS); por meio do parecer 387.716, CAAE: 16488513.3.0000.5537 (Anexo A). De igual modo, foi apresentado aos profissionais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B). O secretário(a) de saúde do município em questão, responsável pelo CAPS tomou conhecimento da proposta de realização da pesquisa mediante a carta de anuência (Apêndice C) e, após assinatura, permitiu a realização do estudo e a liberação dos dados para fins de pesquisa e publicação na área da enfermagem, pela declaração de autorização (Apêndice D).

Se faz necessário enfatizar que como forma de preservar a identidade dos sujeitos arrolados na pesquisa, os mesmos serão identificados por meio da nomenclatura ‘sujeito’ seguido da numeração arábica atribuída de acordo com a sequência das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A temática Saúde Mental e Trabalho é, sem dúvida, uma questão contemporânea. Presente na produção de conhecimento brasileira de forma sistematizada, principalmente, a partir da década de 80, tem sido abordada sob diversos enfoques. Enfatizando as condições e a organização do trabalho ou ressaltando as experiências e vivências do trabalhadores no seu cotidiano de trabalho, as questões relativas à subjetividade e à saúde mental estão presentes em estudos com trabalhadores de vários setores produtivos.

Do mesmo modo, a possibilidade de abordagem desta temática sob vários aspectos, dado a complexidade do objeto saúde mental e trabalho, impõe a integração de várias áreas de conhecimento, na sua análise.

Nesse ínterim, foram construídos 2 artigos que compõe os resultados e discussões do presente estudo. Se faz mister destacar que após a leitura e análise do material coletado durante as entrevistas com os profissionais de enfermagem do estabelecimento em questão acerca de questões relativas ao processo de trabalho da equipe de enfermagem, emergiram categorias que de acordo com a temática foram agrupadas para formação dos artigos que logo se seguem.

As categorias que emergiram para construção do artigo 1 intitulado “O processo de trabalho da enfermagem em saúde mental pós-reforma psiquiátrica: o caso dos CAPSIII” foram: trabalho coletivo em saúde, trabalho fragmentado, precarização do trabalho e participação social. Todavia, foi identificada a categoria do trabalho coletivo em saúde como forma de solidificar a assistência em saúde mental no CAPS.

Não obstante, para consolidação do artigo 2 “O apoio matricial no centro de atenção psicossocial: fronteiras e possibilidades do agir em saúde mental” destacaram-se as seguintes categorias: ausência de redes de atenção à saúde, ausência de apoio matricial e a falta de integração e parcerias entre os membros da equipe. Contudo, também foi elencada como sugestão de melhoria do serviço a categoria, consolidação do apoio matricial.

É válido salientar que o artigo 1 será encaminhado para a Revista Latino Americana. E o artigo 2 para a Revista Psicologia: organização e trabalho.

Artigo 1 – O processo de trabalho da enfermagem em saúde mental pós-reforma psiquiátrica: o caso dos CAPSIII*

The process of nursing work in mental health post-psychiatric reform: the case of CAPSIII

El proceso de trabajo de enfermería en la salud posterior a la reforma psiquiátrica mental: el caso de CAPSIII

TAYSSA SUELEN CORDEIRO PAULINO. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora de Enfermagem da Unifacex. Natal/RN. Brasil. E-mail: tata_suelen@hotmail.com

ALLYNE FORTES VITOR. Enfermeira. Professora doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN. Brasil. E-mail: allynefortes@yahoo.com.br

Correspondência:

Tayssa Suelen Cordeiro Paulino. Endereço: Rua Serrânia, 4577, Nova Parnamirim, Parnamirim, CEP: 59.150-166. E-mail: tata_suelen@hotmail.com. Telefone: (84)9612-9296.

* Parte da dissertação de mestrado, apresentado ao programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de trabalho da equipe de enfermagem do Centro de Atenção Psicossocial III, com ênfase, nas transformações advindas do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza aplicada do tipo estudo de caso e entrevistas semi-estruturadas. Procedeu-se a análise de dados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Conforme percebeu-se, a construção de um novo modelo assistencial em saúde proposto pela Reforma Psiquiátrica, tem de estar fomentado em um trabalho de qualidade para quem o exerce, assim como para seus usuários. Contudo, o que se observa na prática segundo constatou-se nesta investigação, foram divididas nas seguintes categorias: trabalho coletivo em saúde, trabalho fragmentado, precarização do trabalho e a participação social. A partir da discussão dessas categorias vislumbrou-se que possivelmente existem profissionais que ainda apresentam dificuldades expressivas em entender e, por conseguinte, desenvolver o processo do trabalho de enfermagem e, tampouco como promover, de fato, a saúde mental nesse espaço no espaço do Centro de Atenção Psicossocial. **Conclusão:** A assistência de enfermagem, nomeadamente no âmbito da saúde mental, deve seguir seus princípios éticos e seriedade na prestação do serviço para atender os indivíduos em sofrimento psíquico, mediante uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional com o intuito de promover autocuidado, aceitação do tratamento estabelecido, e identificar as fragilidades do ambiente familiar possivelmente comprometedor da integralidade das ações do trabalho de enfermagem.

Descritores: Trabalho, Enfermagem, Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: To describe the working process of the nursing staff of Psychosocial Care Center III , with emphasis on the resulting transformations of the Brazilian Psychiatric Reform process. **Methods:** This is a qualitative research , the applied nature of the case study and semi - structured interviews type . Proceeded to analyze data through content analysis of Bardin. **Results:** As it was noticed , building a new healthcare model proposed by the Psychiatric Reform , must be fostered in quality work for those who exercise it , as well as its users . However , what is observed in practice under it was found in this study , were divided into the following categories : public health work , fragmented work , precarious work and social participation . From the discussion of these categories is envisioned that possibly there are professionals who still have significant difficulties in understanding and therefore develop the process of nursing work, and how to promote nor , indeed , mental health in this space within the Centre Psychosocial Care. **Conclusion:** Nursing care, particularly in mental health, should follow its ethical principles and professionalism in providing the service to meet individuals in psychological distress through an interdisciplinary and multidisciplinary approach in order to promote self-care , acceptance of established treatment and identify the weaknesses of the family environment possibly compromising the integrity of actions of nursing work .

Descriptors: Work, Nursing, Mental Health .

RESUMEN

Objetivo: Describir el proceso de trabajo del personal de enfermería de Atención Psicosocial Center III , con énfasis en las transformaciones derivadas del proceso de Reforma Psiquiátrica brasileña. **Métodos:** Se trata de una investigación cualitativa, el carácter aplicado del estudio de caso y semi - estructurada tipo de entrevistas . Procedió a analizar los datos a través de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Como se observó , la construcción de un nuevo modelo de atención propuesto por la Reforma Psiquiátrica , debe ser fomentado en un trabajo de calidad para aquellos que la ejercen , así como a sus usuarios . Sin embargo , lo que se observa en la práctica en virtud del mismo se encontró en este estudio, se dividieron en las siguientes categorías : el trabajo de la salud pública , trabajo fragmentado, trabajo precario y de participación social. De la discusión de estas categorías se prevé que posiblemente hay profesionales que aún tienen importantes dificultades en la comprensión y, por tanto, desarrollar el proceso de trabajo de enfermería , y cómo promover ni , de hecho , la salud mental en este espacio en el Centro Atención Psicosocial. **Conclusión:** Los cuidados de enfermería , sobre todo en la salud mental, debe seguir sus principios éticos y profesionalidad en la prestación del servicio para satisfacer los individuos en la angustia psicológica a través de un enfoque interdisciplinario y multidisciplinario con el fin de promover el auto-cuidado , la aceptación de tratamiento establecido e identificar las debilidades del entorno familiar , posiblemente, poner en peligro la integridad de las acciones de trabajo de enfermería.

Descriptores: Trabajo, Enfermería, Salud Mental.

INTRODUÇÃO

No âmbito da Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica brasileira provocou rupturas na forma do cuidado às pessoas com transtorno mental, a partir do momento que busca desinstitucionalizar a assistência e oferecer novas alternativas para o cuidado, ao considerar o indivíduo como foco do trabalho em seu território.⁽¹⁾

Nesse sentido, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se inserem na lógica de desinstitucionalização porquanto constituem-se como um novo âmbito de reorganização das práticas direcionadas à saúde mental. Nesses espaços, observam-se nova conformação da equipe de trabalho, bem como a inserção de novos atores envolvidos no processo de ressocialização do indivíduo, e verifica-se a participação da comunidade e da família como componentes estratégicos.⁽²⁾

É preciso, para tanto, que os serviços ofereçam qualidade de assistência, no sentido de garantir estes usuários melhores e mais efetivas condições de exercício da liberdade política e intelectual e expressão própria de sua cidadania. Mesmo após a implantação da Reforma Psiquiátrica, este ainda é o grande desafio que se assenta ao processo de trabalho da enfermagem em saúde mental.

Ressalta-se, portanto, que a criação do CAPS propõe um processo de trabalho direcionado ao sujeito e ao que ele tem de constitutivo, com vistas a favorecer sua capacidade de adaptação/inclusão social, ampliados pela capacidade criativa de todas as práticas sociais em saúde.⁽³⁾

Desta maneira, propostas de solucionar problemas, pesquisar, interpretar, desenvolver habilidades, entender o funcionamento econômico e as características de uma sociedade em constante mudança são alguns dos objetivos atualmente valorizados, em contraponto à visão hospitalocêntrica ora praticada. Notadamente, imersas em uma visão mais elaborada,

encontram-se as características individuais e as potencialidades a serem ressaltadas a partir de um ser que expressa individualmente suas necessidades coletivas. Além disso, é fundamental destacar fatores socioculturais e ferramentas (ações intersetoriais e o apoio matricial) que podem ser utilizadas como potencializar o cuidado em Saúde Mental, sobretudo nos CAPS nos quais propõem-se uma nova abordagem do processo de trabalho em enfermagem.

Neste sentido, cabe destacar a importância de uma investigação acerca do processo de trabalho da enfermagem no CAPS, em virtude da busca necessária sobre potenciais de promoção da saúde de pessoas com transtornos mentais e sua reinserção social. Faz-se igualmente relevante proporcionar subsídios ao desenvolvimento de discussões acentuadas na área da saúde e educação, em especial, no concernente à Política Nacional de Saúde Mental e à prática profissional da enfermagem. A partir do exposto, surgiu a seguinte questão norteadora: "como direciona-se o processo de trabalho da equipe de enfermagem no CAPS III?"

Desta forma, o presente estudo buscou descrever o processo de trabalho da equipe de enfermagem do CAPS III, com ênfase nas transformações advindas do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Após a análise do material coletado, emergiram as seguintes categorias: trabalho coletivo em saúde, trabalho fragmentado, precarização do trabalho e a participação social. Essas categorias contribuíram para a construção e discussão deste artigo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descrito e exploratório de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Na pesquisa qualitativa o pesquisador deve participar, compreender e interpretar os eventos sociais de sua pesquisa, ao considerar o sujeito do estudo em determinada condição

social, pertencente a um determinado grupo ou classe social com suas crenças, valores e significados.⁽⁴⁾

O estudo de caso trata-se de uma abordagem metodológica de investigação que busca compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. Esse tipo de estudo faz com que o investigador procure encontrar interações entre fatores relevantes próprios do *locús* do estudo, quando o objetivo é descrever e ou apreender a dinâmica do fenômeno, a que se acede diretamente, de uma forma profunda e global.⁽⁵⁾

No intuito aproximar-se da realidade, o *locus* da pesquisa foi o CAPS III, que pertencente à rede de saúde pública do município de Natal/RN.

Com o intuito de responder a questão norteadora, selecionou-se os sujeitos da pesquisa ,profissionais de Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) funcionários deste centro, constituindo, assim, um corpo de 19 entrevistados. O critério de inclusão ser elegível como participante da investigação foi ser caracterizado como profissional da equipe de Enfermagem atuante no CAPS III de Natal/RN. Dentre eles, citam-se os enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham diariamente e diretamente como cuidadores de saúde mental. O critério de exclusão levou em consideração ser profissional das demais áreas de atuação multidisciplinar.. Igualmente incluíram-se nesse critério aqueles temporariamente afastados do serviço durante o período de coleta das informações.

A abordagem empregada aos sujeitos do estudo ocorreu por entrevista semiestruturada, mediante a aplicação de um roteiro norteador, com possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem deter-se a uma indagação previamente formulada, para assim, ampliar as contribuições acerca do objeto de estudo.

Como forma de analisar o material coletado, fez-se uso da análise temática por possibilitar uma abordagem para além do manifestado nas falas, ao atingir, então, a relação

das categorias com as estruturas sociais e com os problemas da pesquisa. Observa-se ainda que, do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de literatura prévia para atingir um nível mais aprofundado e, para isso, esta técnica relaciona a estrutura dos textos, analisando-a com os fatores determinantes de suas características.⁽⁶⁾

No entanto, destaca-se nesse percurso de auxílio à interpretação dos dados para formação das categorias de análise. Na fase de interpretação dos dados, o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação.
(6-7)

Destaca-se que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em conformidade aos princípios éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS); por meio do número de parecer 387.716, CAAE: 16488513.3.0000.5537.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi no cenário do neoliberalismo na década de 80 que a Reforma Sanitária teve início no Brasil, surgindo assim o Sistema Único de Saúde – SUS. Todavia, paralelamente a esse processo, ocorria em algumas instâncias municipais mediante movimentos sociais dos trabalhadores em saúde mental, um novo olhar sobre a atenção psicossocial, dando início à Reforma Psiquiátrica.⁽⁸⁾

A Política Nacional de Saúde Mental redirecionou-se a partir da década de 1990 por meio da criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM), proponente da adoção de medidas que modificassem o modelo assistencial ora vigente. Nesse âmbito, realizou-se em 2001 a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) com fins de expandir as discussões para os diversos atores da sociedade. Sobre isto, sabe-se que tais

políticas devem ser criadas em consonância com o SUS e o Estado para proporcionar a efetivação de ações promotoras de melhores condições de saúde da população e com o intuito de atender as demandas locais regionais.⁽⁹⁾

Contudo, com a substituição dos hospitais pelos serviços substitutivos, os CAPS, fomenta a troca de equipamentos hospitalares especializados pela abordagem que envolve o acolhimento à família e ao usuário de serviços comunitários de saúde mental.⁽¹⁰⁾

Os avanços conquistados no âmbito da assistência em saúde mental remetem à denominada clínica ampliada, na qual, a função do profissional da saúde é estimular o autocuidado, a educação em saúde e o compartilhar de conhecimentos técnicos com os usuários dos serviços e grupos com vistas a aumentar a capacidade das pessoas de serem terapeutas de si mesmas.⁽¹¹⁾

Além do mais, propõe suscitar mudanças tanto em nível estrutural dos serviços como no sistema de saúde, ao apontar a necessidade de reorganização do processo de trabalho, e cria demandas antes não visualizadas.⁽¹²⁾

- Trabalho coletivo em saúde

Não obstante, em estudo realizado evidenciou que o trabalho em equipe é fundamental para a construção de uma prática interdisciplinar, ao permitir a aproximação e a união entre os entes envolvidos na busca de um objetivo comum.⁽¹³⁾

Isso pode ser verificado nas falas dos enfermeiros quando questionados a propósito do trabalho coletivo em saúde.

“aqui a gente trabalha sempre em equipe, todas as decisões de processo de trabalho, reuniões, tudo... é sempre tomada em equipe. Nunca só enfermagem... só o médico que detém o saber... não, o processo de trabalho ele é compartilhado aqui”
(sujeito 3).

“e que a gente já busca alguém prá junto a gente está atendendo a esta demanda, quando nos procuram.” (sujeito 10).

O trabalho em equipe na saúde mental, em especial nos CAPS, destaca-se pelo seu aspecto de aproximação com a integralidade no desenvolvimento das ações ligadas ao cuidado de saúde, com vistas de seguir as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, a integralidade consiste em organizar o trabalho no serviço, e articular as necessidades de uma demanda espontânea e uma programada⁽¹⁴⁾. De igual modo, a apreensão ampliada das necessidades da população deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais.

“Olhe, eu acho que aqui a gente consegue assim... muito bem fazer essa interação... assim, sempre que alguém me busca ou eu busco alguém num sentido de fazer um trabalho de atender a alguém ou... a gente sempre consegue... assim... eu não tenho essa dificuldade de... de tá... vamos dizer... circulando bem na equipe” (sujeito 1).

Especificamente, no caso da enfermagem, a sua prática integra a relação do ambiente e seu impacto no ser humano. É, portanto, influenciada pela realidade, com ênfase para a política, a economia e a cultura, porquanto sua especificidade abrange tanto o cuidado individual quanto o relacionado às famílias, o coletivo no referente ao desenvolvendo atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.⁽¹⁵⁾

Nessa perspectiva, mediante esse processo, o enfermeiro visa atuar de forma vigilante na busca por uma assistência promotora da autonomia dos pacientes/comunidade, de forma que o indivíduo portador de um transtorno mental retorne à família com suas potencialidades, direitos e deveres dignos de qualquer cidadão.

- Trabalho fragmentado

Contudo, diante desse pressuposto, verificou-se alguns desafios presentes nos discursos, indicativos, provavelmente, da necessidade de um enquadrar-se em um perfil para trabalhar nesse período de pós-reforma. Conforme foi possível perceber por meio das falas dos enfermeiros entrevistados, fica claro que a assistência à saúde ainda ocorre de forma limitada, pois cabe a este profissional tão somente a administração de medicamentos. Desta forma, tal prática simplista como está, inviabiliza o processo de trabalho coletivo em saúde.

Essa clínica tal como é desenvolvida ignora os vínculos entre paciente, famílias e comunidade com a equipe, e, desta feita, impossibilita o enfrentamento individual dos problemas a partir de suas condições concretas de vida. Uma nova clínica, a ampliada, rompe com essa lógica pois a função do profissional da saúde é estimular o autocuidado, a educação em saúde e o compartilhamento de conhecimentos de saúde com os pacientes e grupos para, deste modo, aumentar a capacidade das pessoas de serem co-responsáveis no seu cuidar ⁽¹¹⁾.

Os enfermeiros ao exercitarem sua prática de consulta de enfermagem meramente farmacológica, reiteram a lógica médica e medicalizante, hegemônica na sociedade ocidental, e atuam segundo as teorias uni ou multicausais do processo saúde-doença.

Não obstante, para efetivar o processo de trabalho sob a perspectiva desta nova proposta de assistência à saúde, é indispensável suscitar nos profissionais a visão de promoção da saúde, com um enfoque familiar, visão integral do sujeito, articulação das ações e interação dos agentes, adscrição de clientela, relações horizontalizadas e ainda, projeto assistencial humanizado por meio de uma assistência contínua e intersetorial que apresentem objetivos comuns bem definidos. ⁽¹⁶⁾

De fato, é notório perceber nas entrelinhas das entrevistas uma possível dificuldade em realizar o processo de trabalho da enfermagem, por entendê-lo apenas, como uma sequência de acontecimentos que irão preceder uma ação, e, portanto, constituir a prática

desenvolvida por esses enfermeiros e pelos os demais membros da equipe de maneira fragmentada.

“a gente até brinca dizendo que é a equipe de enfermagem e o resto do serviço porque normalmente a gente fica mais tomando conta da demanda dos pacientes que estão no leito... a maioria dos pacientes que estão nos leitos não gostam de participar das atividades diárias, então realmente a gente fica ali mais nessa área de... administrando medicação, fazendo anotação de enfermagem” (sujeito 2)

“Não, as atividades daqui são restritas para o usuário, agora tem momentos coletivos como vamos dizer: uma festa de aniversariante do mês... a assembleia que é usuários e familiares... ir ao bosque que é uma oficina que tem no bosque dos namorados... que o familiar pode ir junto... então oficinas fora, a gente já teve oficinas que vamos dizer: eram programas vamos dizer: da gente tá fazendo aquele passeio de barco no rio Potengi que dependendo do número o familiar podia ir acompanhar. Então..... aqui está difícil pela própria estrutura física... mais assim... atualmente a única que tem que a família pode tá participando é essa do bosque. Externa. Interna fica difícil por conta da nossa própria estrutura física” (sujeito 7).

Ao pensar nesta situação, o trabalho de cada área profissional (trabalhos especializados) é compreendido como um conjunto de tarefas, atribuições ou atividades. Desta forma, quanto à divisão técnica do trabalho, a equipe multiprofissional fraciona o mesmo processo de trabalho, pois demonstra uma relação de complementaridade e interdependência entre os trabalhos.⁽¹⁷⁾

- Trabalho precarizado

Além dessa fragmentação, considera-se ainda o fator da precarização do trabalho profissional e as poucas ações intersetoriais desenvolvidas para atender a complexidade do processo saúde-doença. A partir do processo de municipalização e a promulgação da Emenda

Constitucional nº 19 de 1998, que permitiu a flexibilização das formas de vínculos, os contratos de trabalho passaram a ser de responsabilidade dos municípios, não obstante os vínculos passaram a ocorrer de maneiras variadas, de acordo com os programas desenvolvidos através das políticas públicas de saúde. E, conforme ainda ressalta-se, essa condição ocupacional não possui amparo das normas legais, bem como, não garante benefícios e segurança ao trabalhador. ⁽¹⁸⁾

“eu dou plantão, porque eu trabalho com saúde mental há cinco anos, mais eu era do CAPIS i, mais agora eu to aqui... já faz dois anos que eu tô aqui, mais eu não recebo gratificação de plantão, que é uma gratificação que a gente tem direito por está num serviço de uma unidade 24h né?” (sujeito 9).

“Olhe, isso aí eu acho que a gente ainda tem que avançar muito. Primeiro porquê... um dos grandes problemas é que a gente tem uma equipe muito reduzida no momento e nem sempre... vamos dizer: as vezes eu faço esse papel, mas faço muito... vamos dizer: porquê gosto de atender.” (sujeito 1)

Sobre este aspecto, a desprecarização do trabalho apresentada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) significa garantir os direitos sociais e previdenciários para todos os trabalhadores, de forma direta ou indireta, a fim de minorar os danos causados para o trabalhador em saúde e para a própria população atendida por profissionais quase sempre em constante rotatividade. ⁽¹⁹⁾

Diante das reflexões supracitadas, pensar um processo de trabalho sem a atuação de todos os agentes é possivelmente inimaginável. Concernente a isto, conforme se sabe, é fundamental que todos os profissionais e, especialmente, a família, responsável e co-responsabilizada no ato do cuidar, participe e exija práticas comprovadamente benéficas àquele marginalizado da sociedade. É essa participação nas ações em saúde que proporciona à

sociedade decidir sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde no sentido de garantir a efetivação do direito e do dever da sociedade enquanto pessoas cidadãs.

(20).

“Os familiares sim, a comunidade um pouco menos. Mais a gente tem atividades extra-muros. A gente tem oficinas no pátio, no parque das Dunas... quando a gente pode caminhar, levar eles a praia. A comunidade não muito, mais a família sim...”
(sujeito 3).

“A comunidade? Já teve momentos... é como eu digo: essa proposta como ela já tem mais de 15 anos, ela já teve grandes avanços e grandes recuos (risos) depende do momento. Então eu acho assim... que atualmente a gente não tá conseguindo essa participação da comunidade juntamente com a gente... até pelo número de profissionais...” (sujeito 2).

- Participação social

Contudo, a partir das más interpretações e execuções do SUS, principalmente as relacionadas à saúde mental, historicamente construídas em alicerces preconceituosos de uma sociedade que marginaliza os diferentes, a família encontra-se, ausente no processo de co-participação da produção de saúde ⁽²¹⁾.

“Não... poucos vão e quando vão, vão só deixar e buscar... não ficam lá não”
(sujeito 8)

“Primeiro assim... porque é lá no bosque, não é aqui mesmo no nosso território... então lá são praticamente, são só eles mesmos e quem vai e pronto” (sujeito 5)

As saídas a serem percorridas

A partir do conceito de processo de trabalho em enfermagem originado pela Reforma Psiquiátrica ora discutido, entende-se que uma das estratégias para o alcance de uma gestão democrática fortalecedora das relações de trabalho e efetiva numa atuação humanizada e de qualidade é a concretização do planejamento estratégico participativo.

Nesta perspectiva, em estudos discute-se sobre o planejamento estratégico, um instrumento técnico-político que permite definir missão, valores e objetivos da instituição como um marco inicial do processo de mudança organizacional. No entanto, estabelece metas e planos de ação, bem como recomenda a formação continuada dos trabalhadores e consequente responsabilização, não apenas com relação ao planejamento em si, mas igualmente com a missão institucional, ou seja, com o cuidar e o educar. ⁽²²⁾

É válido salientar então, que a questão da fortificação e consolidação do trabalho coletivo em saúde, denota uma relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes com o objetivo de construir um projeto assistencial compartilhado, em torno do qual acontece a integração da equipe de trabalho. ⁽²³⁾

Em estudos afirma-se que o conhecimento do trabalho do outro é condição necessária para uma colaboração factual e ainda, são entendidos como coletivos, pois é constituídas por vários profissionais com o alvo comum na eficácia e eficiência de seu trabalho. ⁽²⁴⁾

Durante décadas, a saúde mental foi construída e composta por profissionais que desenvolviam uma prática rígida-excludente, na qual indivíduos com doença mental eram abandonados em asilos como forma de manter a harmonia entre as pessoas nomeadas de sadias. Desta forma, com a Reforma Psiquiátrica e o clamor de um cuidado promotor da independência, ou seja, a distritalização da saúde como uma outra fundamental estratégia de construção de um modelo assistencial direcionado para a realidade social, e apresenta o

território como elemento essencial para o planejamento e gestão dos serviços de saúde oferecidos à população. ⁽²³⁾

Como produto dessa lógica que é no território que se faz saúde, os CAPS foram desenvolvidos como forma de proporcionar ao indivíduo mais proximidade com o seu cotidiano, e, conforme é possível perceber, o trabalho desenvolvido nesses locais resulta das relações sociais e psíquicas entre os atores responsáveis pelo cuidado nas interfaces entre o singular e o coletivo. ⁽¹⁾

Baseado nesses pressupostos, faz-se necessário os membros da equipe componente do CAPS avaliarem o impacto de sua atuação sobre o processo saúde-doença individual e coletivo, ao identificar problemas de saúde influenciados pelo contexto sociocultural, e, por conseguinte, propor a articulação de projetos de intervenção referentes ao território ou a instituições específicas.

CONCLUSÃO

Apesar de todo avanço do conhecimento e das propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira, observa-se na prática enfermeiros que ainda demonstram dificuldades em desenvolver uma abordagem que considere como a família, com o intuito de compreender amplamente o processo saúde-doença. promover a saúde em seu espaço para, então, construir um modelo direcionado às novas práticas de saúde e, sobretudo, o trabalho da enfermagem.

Para efetivar a prática de uma clínica ampliada, é indispensável o reconhecimento por parte dos profissionais quanto à limitação de seu saber, levar em consideração os conhecimentos locais para de tal modo, adquirir então um novo olhar e assim, um novo agir referente a esta realidade, com o intuito de fortalecer o processo de consciência e de enfrentamento dos problemas vividos pela comunidade.

A assistência de enfermagem, principalmente no âmbito da saúde mental, necessita seguir seus princípios éticos e seriedade na prestação de serviço para atender os indivíduos em sofrimento psíquico, ao utilizar uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional direcionada ao autocuidado, aceitação do tratamento estabelecido e identificação das fragilidades do ambiente familiar para não comprometer a integralidade das ações.

Portanto, os objetivos da proposta em questão foram contemplados, bem como, a questão norteadora foi respondida de forma que atingiu as expectativas dos pesquisadores.

REFERÊNCIAS

1. Glanzner CH, Olschowsky A, Kantorski LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev esc enf USP* [Internet] 2011 [cited 2013 out 15] 45(3):716-721. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf>
2. Guimaraes JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúd col* [Internet] 2011 [cited 2013 out 15] 16(4):2145-2154, 2011. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>
3. Furlan MM, Ribeiro CRO. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet] 2011 [cited 2013 out 30] 45(2): 390-396
Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a12.pdf>.
4. Minayo MCS. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In ____ **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: editora hucitec; 2007.
5. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. São Paulo: bookman; 2009.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA; 2009.
7. Santos FM. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Rev. Eletr. Educ.* [Internet] 2012 [cited 2013 out 05] 6(1). Available from: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156>
8. Luzio CA, Yasui S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicol est* [Internet] 2010 [cited 2013 out 15] 15(1):17-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a03v15n1.pdf>
9. Simon AG, Baptista TWF. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. *Cad Saúd Pú* [Internet] 2011 [cited 2013 out 15] 27(11): 2227-2241. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/16.pdf>

10. Ribeiro JM, Dias AI. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciênc Saúd Col* [Internet] 2011 [cited 2013 out 30] 16(12): 4623-4634. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/11.pdf>
11. Moraes AEC et al. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. *Texto contexto – enfer* [Internet] 2010 [cited 2013 out 05] 19(3):526-535. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a15v19n3.pdf>
12. Araujo MBS, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciênc. saúde col* [Internet] 2009 [cited 2013 out 05] [online] 14(1): 1439-1452. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012430014>
13. Kell MCG, Shimizu, HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc. saúd col* [Internet] 2010 [cited 2013 out 15] 15(1):1533-1541. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>
14. Vecchia MD, Martins STF. Desinstitutionalization of care for people with mental disorders within primary healthcare settings: contributions towards implementation of actions. *Interface - Comunic Saúd Educ* [Internet] 2009 [cited 2013 out 05] 13(28):151-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a13.pdf>
15. Campos RTO et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúd Púb* [Internet] 2009 [cited 2013 out 15] 43(1):16-22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.
16. Araújo MFS. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. *Rev. Conc* [Internet] 2005 [cited 2013 out 05]. Available from: <http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=53553>
17. Queiroz MS, Delamuta LA. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do Cândido Ferreira em Campinas. *Ciênc saúd col* [Internet] 2011 [cited 2013 out 05] 16(8):3603-3612. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a28v16n8.pdf>
18. Medeiros CRG et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúd col* [Internet] 2010 [cited 2013 out 15] 15(1):1521-1531. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2006.
20. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúd Col* [Internet] 2004 [cited 2013 out 05] [online] 14(1):41-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>
21. Oliveira AGB, Conciani ME. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. *Ciênc saúd col* [Internet] 2009 [cited 2013 out 15] 14(1): 319-331. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a38v14n1.pdf>

22. Paiva IL, Yamamoto OH. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. *Hist ciênc saude-Manguinhos* [Internet] 2008 [cited 2013 out 05] 14(2):549-569. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n2/08.pdf>
23. Soares MH. Recorte histórico da psiquiatria e do campo de enfermagem psiquiátrica brasileiras. *Rev salus-guarapuava* [Internet] 2008 [cited 2013 out 05] 2(1):57-66. Available from: <http://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article/viewArticle/691>
24. Scherer SD. Processo de trabalho e organização trabalhista. In ____ Geovanini T et. al. *História de Enfermagem: versões e interpretações*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

**Artigo 2 – O APOIO MATRICIAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
fronteiras e possibilidades do agir em saúde mental***

THE TERRITORY OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTER: boundaries and possibilities of action on mental health

EL TERRITORIO DEL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: límites y posibilidades de acción sobre salud mental

TAYSSA SUELEN CORDEIRO PAULINO. Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora de Enfermagem da Unifacex. Natal/RN. Brasil. E-mail: tata_suelen@hotmail.com

ALLYNE FORTES VITOR. Enfermeira. Professora doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN. Brasil. E-mail: allynefortes@yahoo.com.br

Correspondência:

Tayssa Suelen Cordeiro Paulino. Endereço: Rua Serrânia, 4577, Nova Parnamirim, Parnamirim, CEP: 59.150-166. E-mail: tata_suelen@hotmail.com. Telefone: (84)9612-9296.

* Parte da dissertação de mestrado, apresentado ao programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

RESUMO

Objetivo: caracterizar a utilização do apoio matricial no território do CAPS III no município de Natal/RN, referente à prestação do cuidado de enfermagem em saúde mental à luz da reforma psiquiátrica. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza aplicada, do tipo estudo de caso, desenvolvido por meio de entrevistas semi-estruturadas. Realizou-se a análise de dados mediante análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** após a coleta e análise do material, as concepções foram organizadas de acordo com as categorias que emergiram do discurso dos entrevistados: ausência de rede de atenção à saúde, ausência do apoio matricial, falta de integração e parceria entre os profissionais. Desta forma, verificou-se que a assistência em saúde mental não é incluída nas ações da rede de atenção básica, apesar dos profissionais serem generalistas e atenderem a diversas demandas. Conforme percebeu-se, estes profissionais ainda apresentam dificuldades em utilizar o apoio matricial como um instrumento para construção de uma atenção integral em saúde mental que promova uma interlocução entre os diversos setores da sociedade, em prol da viabilização de um serviço de saúde atuante tanto nos aspectos individuais quanto nos coletivos de seus usuários e família. **Conclusão:** Segundo demonstrado pelos resultados desta pesquisa, a utilização do apoio matricial para a construção de um território, de acordo com o verificado, configura-se como uma rede formada por todos os atores/setores envolvidos na promoção do cuidar ao doente mental. E ainda, há a necessidade de fortalecer o trabalho em equipe no CAPS para que o apoio matricial seja colocado como uma ação estratégica na atenção em saúde.

Descritores: apoio matricial, território, enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To characterize the use of the support matrix on the territory of CAPS III in Natal / RN , for the provision of nursing care in the light of psychiatric mental health reform .
Methods: This was a qualitative research of an applied nature, the case study developed through semi - structured interviews type. We conducted data analysis through content analysis of Bardin. **Results:** after collection and analysis of the material, the concepts were organized according to the categories that emerged from the interviews : lack of health care network , lack of matrix support , lack of integration and partnership between professionals . Thus , it was found that mental health care is not included in the shares of primary health care , despite being generalists and professionals meet the diverse demands. As it was noticed , these professionals still have difficulty using the matrix as a tool to support the construction of a full mental health to promote a dialogue among various sectors of society , in favor of the feasibility of a functioning health service in both individual aspects as the collective users and their family. **Conclusion:** According to results shown by this study , the use of matrix support for the construction of a territory , in accordance with the verified appears as a network of all actors / sectors involved in promoting care for the mentally ill . And yet, there is a need to strengthen teamwork in CAPS for the matrix support is placed as a strategic action in health care .

Keywords: matrix support, territory, nursing.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar el uso de la matriz de soporte en el territorio de CAPS III en Natal / RN, para la prestación de los cuidados de enfermería a la luz de la reforma de la salud mental psiquiátrica. **Métodos:** Se realizó una investigación cualitativa de carácter aplicado , el estudio de caso desarrollados a través de semi - estructurada tipo de entrevistas . Hemos llevado a cabo el análisis de datos a través de análisis de contenido de Bardin . **Resultados:** después de la recolección y el análisis de la materia , los conceptos se organizaron de acuerdo con las categorías que surgieron de las entrevistas : falta de red de atención de salud , la falta de apoyo de la matriz , la falta de integración y colaboración entre los profesionales . Así, se encontró que la atención de salud mental no está incluido en las acciones de atención primaria de salud , a pesar de ser generalistas y profesionales de satisfacer las diversas demandas. Como se observó , estos profesionales todavía tienen dificultades para usar la matriz como una herramienta para apoyar la construcción de una plena salud mental para promover un diálogo entre los diversos sectores de la sociedad , a favor de la viabilidad de un servicio de salud que funcione tanto en aspectos individuales como los colectivos de usuarios y sus familiares . **Conclusión :** De acuerdo con los resultados mostrados en este estudio, el uso de la matriz de apoyo para la construcción de un territorio, de conformidad con el aparece verificadas como una red de todos los actores / sectores involucrados en la promoción de la atención a los enfermos mentales. Y, sin embargo , existe la necesidad de fortalecer el trabajo en equipo en el CAPS se coloca en el soporte de la matriz como una acción estratégica en el cuidado de la salud.

Palabras clave: el apoyo de la matriz, el territorio , la enfermería.

Introdução

A formação da medicina científica moderna, subordinada ao desenvolvimento capitalista, gerou profundas transformações no plano da sociedade. A partir do século XVIII, a doença passou a ser considerada como entidade subsistente ao ambiente, como qualquer outro elemento da natureza e o hospital, até então concebido como lugar de descarte e exclusão, torna-se ambiente de cura, fundamentado nos avanços da clínica moderna (ARAÚJO; ROCHA, 2009).

E ainda, ao considerar o pressuposto de que os determinantes dos modos de viver interferem diretamente no processo saúde-doença, conjectura-se que alterações positivas nesses fatores podem produzir melhoras expressivas nos níveis de saúde da população. Por isso, ações integralizadoras e de investimento no desenvolvimento dos recursos humanos e não-humanos configuram-se como instrumentos mais efetivos na redução dos riscos de adoecimento (DELFINI *et al.*, 2009).

Nesse ínterim, a enfermagem como prática que se destina a cuidar de seres humanos se insere nessa lógica ao sair do âmbito familiar, privado e doméstico e ocupa a esfera pública adquirindo o caráter de racionalidade e tecnologia (conhecimento científico) da esfera produtiva da sociedade.

A partir daí, para, a prática da enfermagem varia de acordo com a cultura, incorporando, junto com a racionalidade científica, as questões éticas, de gênero e religiosas. Isto implica uma nova tecnologia em saúde, tendo como centralidade a humanização da produção dos serviços de saúde e da própria organização do cuidado (ROCHA; ALMEIDA, 2000). Nesse sentido, a distritalização, um processo político e social de descentralização da saúde é capaz de tornar o município um meio veiculador para transformação das práticas de saúde por meio de políticas públicas, com ênfase para a apropriação do território como

elemento essencial para o planejamento e gestão dos serviços de saúde, proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (HAESBAERT, 2011).

Na conjuntura dessas mudanças, a Reforma Psiquiátrica brasileira provocou rupturas na forma do cuidado às pessoas com transtorno mental, porquanto visa desinstitucionalizar os serviços psiquiátricos, e, em contrapartida, oferecer novas alternativas para o cuidado, tendo como foco o indivíduo em seu território. Tal proposta inclui a criação de ações desenvolvidas nos Centro de Atenção de Psicossocial (CAPS) por considerar sua prática voltada ao cuidado do sujeito dentro de seu contexto social.

A desinstitucionalização recomendada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira significa “deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território... para o contato efetivo com o paciente em sua existência doente”. (HAESBAERT, 2011, p. 299).

Ao pensar nessa perspectiva integralizadora, esses serviços substitutivos deveriam utilizar ferramentas que potencializassem o processo de trabalho em saúde mental, com ênfase para o apoio matricial, um arranjo organizacional com o intuito de fornecer suporte técnico especializado às equipes de saúde, por ser definido como um instrumento de gestão do cuidado destinado a qualificar a intervenção em sujeitos e coletivos (PENA, 2009).

Nesta perspectiva, os CAPS podem ser percebidos como um novo espaço de cuidado em saúde mental, ao oferecer em seu território ações com o intuito de privilegiar a subjetividade do sujeito, e extrair suas potencialidade, a fim de atingir, manter e, continuamente, buscar seu bem-estar.

Portanto, este estudo justifica-se por caracterizar a utilização do apoio matricial no território do CAPS Para tanto, esta investigação pretende responder à seguinte questão norteadora: como está caracterizada a utilização do apoio matricial no território do CAPS III no município de Natal/RN na prestação do cuidado em saúde mental?

Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. É uma metodologia de investigação que busca incluir, explorar e descrever contextos que ocorrem simultaneamente. A investigação qualitativa, objetiva interpretar os eventos sociais de sua pesquisa, considerando o sujeito do estudo de acordo com sua formação histórica. (YIN, 2009; MINAYO, 2009).

O objetivo do estudo de caso é perceber de forma profunda e global a dinâmica do fenômeno dentro do próprio *lócus* de estudo (YIN, 2009). Nesse sentido, a pesquisa foi desenvolvida no CAPS III leste do município de Natal/RN.

Desta forma, os sujeitos da proposta em questão são os profissionais da enfermagem (técnicos e enfermeiros) que atuam no CAPS, o que constituiu um corpo de 19 entrevistados. Dentre eles citam-se os enfermeiro e técnicos de enfermagem que trabalham diária e diretamente com o cuidar em saúde mental. O critério de exclusão abrangeu profissionais ligados as demais áreas de atuação multiprofissional, bem como, aqueles se encontram afastados, por motivos terceiros, durante a coleta de dados.

E ainda, como forma de abordar os sujeitos do estudo foi utilizado um roteiro norteador, por meio da entrevista semiestruturada, que discorria sobre o tema em questão, ao ampliar as contribuições acerca do objeto de estudo.

Diante disso, para análise dos dados, foi utilizado a análise temática, como forma de ultrapassar aquilo que é manifesto nas falas, atingindo a relação das categorias com as estruturas sociais e com os problemas da pesquisa. Todavia, há uma necessidade de uma análise prévia da literatura a fim de atingir o nível mais aprofundado e para isso esta técnica relaciona a estrutura dos textos ao analisar os fatores que determinam suas características (BARDIN, 2011).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em conformidade aos princípios éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS); por meio do número de parecer 387.716, CAAE: 16488513.3.0000.5537.

Resultados e Discussões

Durante o processo de desinstitucionalização promulgado pela Reforma Psiquiátrica, as pessoas com transtorno mental passaram a conviver em sociedade e/ou em locais promotores de uma acolhida diferenciada dos hospitais manicomiais, como é o caso dos CAPS, por meio do contato efetivo com o paciente (BONFADA et al., 2013).

Conforme ressaltado anteriormente, esses centros têm o objetivo de oferecer ações de cunho interdisciplinar, com responsabilização compartilhada, atendimento à população dentro de sua área de abrangência, com o intuito de realizar o acompanhamento clínico e a reinserção do indivíduo à sociedade.

Desta forma, se faz mister identificar e caracterizar as várias nuances elaboradas acerca do território ao entender que o território não é apenas um lugar de qualidade da população, mas sim de co-responsabilidade e atuação compartilhada (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

E ainda, toda e qualquer ferramenta utilizada para promover mudanças no modelo de atenção à saúde auxilia na organização da demanda e possibilita a socialização, integração, apoio psíquico e trocas de saberes/experiências. Além do mais, provoca mudanças tanto em nível estrutural dos serviços como no sistema de saúde com o propósito de apontar a necessidade de reorganização do processo de trabalho e identificar demandas antes não visualizadas (ARAÚJO; ROCHA, 2009).

A Saúde da Família, a priori se constituiu em um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico por possui uma proximidade com as famílias/comunidades do território. E ainda, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que aproximadamente 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada (FIGUEIREIDO; ONOCKO, 2009).

- Ausência de rede de atenção à saúde

Concernentemente, na rede de atenção básica, apesar dos profissionais serem generalistas e atenderem a um leque diversificado de demandas, a saúde mental, como parte desse amplo universo, não é incluída em suas ações. Em contraponto, é percebida como de responsabilidade dos serviços especializados sem considerar, ao menos, a possibilidade de alguma assistência ser procedida no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVEIRA, 2012).

Em estudos, também é observável uma falta de aproximação tanto no planejamento dos programas e políticas quanto na execução da assistência. Ao considerar que a concepção de saúde envolve o desenvolvimento social e econômico, as ações intersetoriais, entendidas como a interação entre diversos setores, são imprescindíveis para um enfrentamento eficaz dos processos de saúde-doença e de seus determinantes nos grupos populacionais (GIOVANELLA, 2009).

Isso pode ser evidenciado nas entrevistas é notória a limitação referente à articulação dos serviços de saúde com os demais setores

“Pior ainda (risos) não tem não... sério mesmo. Rede, a gente não sabe nem que palavra é essa.” (sujeito 4).

“Assim que vem prá cá....esse negócio de ser por território, a partir do momento que é por território tem que dividir por mini equipe prá que a gente vá nesses bairros prá conhecer o que tem de demanda mesmo, para o usuário circular no território. Nas unidades....mais a gente fazer pelo menos uma relação do que eles oferecem para quando a gente precisar entrar em contato, mais infelizmente não funciona como deveria não.” (sujeito 10)

“Então tem algumas questões em relação ao número de profissionais dessa proposta... que ela já foi bem maior em termos de profissionais... que as pessoas saem e normalmente não vem e que dificulta um pouco essa questão da gente está fazendo matriciamento... da gente está indo trocar com outras instituições... tá vendo com outras instituições o plano terapêutico individual do paciente.” (sujeito 8)

Nota-se a partir do exposto acima que há uma limitação referente à articulação dos serviços de saúde com os demais setores. Contudo, é válido salientar que a atuação intersetorial é condição para a promoção da saúde, pois busca superar a fragmentação das políticas públicas ao abranger aspectos biológicos, psicológicos e sociais incidentes sobre os problemas coletivos de saúde-doença da população (GIOVANELLA, 2009).

Ao considerar que a concepção de saúde envolve o desenvolvimento social e econômico, as ações intersetoriais, entendida como a interação entre diversos setores, são necessárias para que se haja um enfrentamento dos determinantes sociais dos processos de saúde-doença dos grupos populacionais (GIOVANELLA, 2009).

- Ausência de um apoio matricial

Ao pensar nessas ações, vislumbra-se a utilização do apoio matricial que tem como perspectiva uma relação terapêutica e um acompanhamento longitudinal do processo saúde-doença de cada paciente, se constituindo em uma ferramenta de instrumentalização das equipes de saúde na ampliação da clínica (FIGUEIREIDO; CAMPOS, 2009).

Nesse ínterim, o apoio matricial considera as dimensões subjetivas dos sujeitos que surgem das exigências e demanda advindas da implementação dos níveis de complexidade e sua disposição no funcionamento do SUS. Na verdade, constituem-se de instrumentos de gestão de processos de trabalhos diretamente influentes na qualidade de assistência à saúde (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Contudo, de acordo com a realidade pesquisada é percebido que esse instrumento é pouco utilizado e/ou valorizado, como segue nas falas abaixo

“Não há um apoio matricial! A ESF não que nem saber, diz que é do CAPS e pronto. Não há uma assistencia deles, nem muito menos um referenciamento.”
(sujeito 12)

“vamos dizer: atualmente tem pacientes nossos que estão lá no HUOL internado... sempre eu estou indo com a equipe. Mais as vezes para sair me angustia um pouco porquê se eu tiver só no plantão eu não posso, que eu não posso deixar o plantão e ir lá certo?” (sujeito 11).

“A rede normal é a rede de atenção básica, que as vezes o paciente da gente não consegue ser atendido lá porque é paciente do CAPS então eles referenciam prá cá.” (sujeito 3)

Nessa perspectiva, o processo de implantação do apoio matricial é incipiente, porquanto só ocorre quando há necessidade de uma intervenção clínica, diante da qual, articula-se com os serviços de média e alta complexidade, tornando-se em ações da atenção primária à saúde deficientes ou mesmo, inexistentes.

- Falta de integração e parceria entre os profissionais

Se faz mister destacar que o não desenvolvimento de um apoio matricial implica em ações vinculadas ao modelo biomédico, práticas discriminatórias e preconceituosas em relação ao doente mental, por meio da repressão. E ainda, em situações de crise em saúde mental há o desenvolvimento de práticas baseadas no cuidado dos aspectos orgânicos, no diagnóstico e no tratamento medicamentoso (CAMPOS, 2010).

Tal proposição gera uma dificuldade de comunicação entre os atores envolvidos nessa assistência como um fator preponderante para que o matriciamento não ocorra de fato (MINOZZO; COSTA, 2013). Isto, via de regra, proporciona sofrimento ao trabalhador da saúde mental devido à falta de integração e parceria entre os profissionais:

“A dificuldade que eu vejo é assim... vamos dizer: inerente a nossa vontade... as vezes é questão: falta medicamento, falta alguma coisa que a gente precisaria se tivesse para está dando uma melhorada na assistência ao paciente falta material certo?” (sujeito 6)

“Então assim... tem várias faltas que assim... a gente vive com isso... convive... tenta tá... mais assim... eu digo assim a questão do grupo... do entrosamento da equipe... assim... a gente consegue... conseguiu assim trabalhar razoavelmente bem..” (sujeito 9).

“As vezes poderia ser que se a gente tivesse essa flexibilidade de está saindo muito, a gente talvez tivesse uma maior articulação... mas eu trabalho de plantão e nem sempre eu posso tá... quando não tem a outra colega e quando a gente não consegue... vamos dizer: nem sempre eu posso tá saindo. Então isso dificulta para todo esse trabalho extra-muro. Então tem esse... tem essa questão assim que a gente....” (sujeito 1).

Diante do exposto, identifica-se falta de comunicação e de articulação com os demais serviços responsáveis pelo cuidar, falta de integração e de troca entre os profissionais. Isso acarreta um prejuízo ao desenvolvimento do apoio matricial ao despotencializar a comunicação e as trocas profissionais (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Portanto, o estudo evidenciou que o apoio matricial se constitui em uma ferramenta facilitadora da acessibilidade dos usuários de saúde mental aos serviços de saúde ao influenciar sobre questões que viabilizem a assistência aos usuários nas unidades de saúde mais próximas de sua residência. Assim, uma atuação mais efetiva dos trabalhadores dá suporte para uma assistência que responda às necessidades do usuário no próprio território articuladas aos serviços de saúde (QUINDERÉ et al., 2013).

A partir dos resultados do estudo do caso CAPS III de Natal/RN, o apoio matricial está caracterizado como ações que estimulam o autocuidado, a educação em saúde e o compartilhamento de conhecimentos de saúde com os usuários e grupos para aumentar a capacidade das pessoas de serem terapeutas de si. E ainda, possibilita o enfrentamento dos problemas a partir de suas condições concretas de vida.

Novas possibilidades

Conforme os resultados demonstraram o território possui variados instrumentos a serem utilizados no processo do cuidar em saúde mental que podem/devem estar sendo utilizados como potencializadores desse trabalho, favorecendo a aproximação entre as equipes e entre os profissionais e a população, procurando uma maior resolutividade dos casos de saúde mental.

É válido salientar que existem alguns fatores que facilitam a proposta do matriciamento em saúde e em saúde mental. Uma delas é a utilização do planejamento

estratégico que é um instrumento técnico-político que permite definir missão, valores e objetivos da instituição, como um marco inicial do processo de mudança organizacional. No entanto, estabelece metas e planos de ação, mas também a formação dos trabalhadores e a responsabilização dos mesmos, não apenas com o planejamento em si, mas com a missão institucional, ou seja, com o cuidar e o educar (GONZALEZ, 2009).

Com isso, o processo de territorialização, principalmente no que tange a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na atenção primária à saúde e a utilização do apoio matricial, possibilitou o desenvolvimento de ações no contexto comunitário mediante articulação da rede de serviços de saúde na atenção aos casos de transtornos mentais de maneira integral.

É nessa perspectiva, que se faz relevante e pertinente, ressaltar a participação de todos os atores envolvidos no processo de saúde-doença, principalmente no que tange a saúde mental, para fazer com que se percebam enquanto co-autores na construção de um território sob a perspectiva da multiterritorialidade trazida por Haesbaert.

Conclusão

Diante do exposto, as ações de saúde devem ter um caráter de resolutividade que satisfaçam os coletivos com garantia de procedimentos eficazes diante o conjunto de problemas de saúde identificados quando o usuário se encontra em transtorno mental. Por isso, é preciso a implantação de novos serviços e equipamentos incorporados à novas tecnologias para promover um assistir de forma integral.

Com isso, o apoio matricial objetiva uma atenção especializada à equipes e profissionais encarregados da atenção, por meio de uma metodologia de trabalho

complementar com um suporte técnico-pedagógico, ampliação das redes de assistência e construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias na atenção em saúde mental

É necessário que a assistência prestada ao doente mental procure manter os laços sociais, ambientais e afetivos desses sujeitos e que possam comprometer a criação de novas e futuras relações usuário/profissionais.

Assim sendo, do ponto de vista do CAPS III leste, há uma necessidade de se estreitar os laços com os demais setores da sociedade com a implantação do apoio matricial para que a assistência fomente um cuidar baseado nas necessidades do indivíduo que as expressa em coletivo e que possa extrair aquilo que ele tem de potencial e o auxilie em sua ressocialização.

Este estudo sinaliza a necessidade de fortalecer o trabalho em equipe no CAPS, potencializando espaços como o da reunião de equipe, para que a palavra possa circular entre todos os integrantes, a fim de que haja reflexão sobre o trabalho coletivo e para que os conflitos existentes possam emergir e ser trabalhados. É fundamental que o apoio matricial seja colocado em pauta como uma ação estratégica na atenção em saúde mental, em ambos os serviços.

Referências

Araujo MBS, Rocha PM. (2009). Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciência e saúde coletiva*, 14(1):1439-1452. Retrieved from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012430014>

Ballarin MLGS, Blanes, LS, Ferigato SH (2012). Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface (Botucatu)*, 16(42). Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300014&lng=en&nrm=iso

BARDIN, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.

BONFADA, D. et al. (2013). Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. *Escola Anna Nery*, 17(2). Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200004&lng=en&nrm=iso

Campos RTO. et al. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43(1):16-22, 2009. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>

Cunha GT, Campos GWS (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude e sociedade*, 20(4). Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso

Delfini PSS et al. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc saúd col*, 14(1)1483-1492. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>

Figueiredo MD, Campos, RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência saúde coletiva*, 14(1). Retrieved from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso

Giovanella L et al. (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, 14(3):783-794. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>

Gonzalez MML (2009). Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. *Ciência e saúde coletiva*, 14(1). Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800032&lng=en&nrm=iso

Haesbaert R (2011). O Mito da Desterritorialização: do “Fim dos Territórios” à Multiterritorialidade. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Minayo MCS (2007) Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In ____ O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC.

Minozzo F, Costa II (2013). Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psicologia-USF*, 18(1). Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100016&lng=en&nrm=iso

Pena RS (2009). O apoio matricial na Atenção Básica: por onde ele passa? In: SEMINÁRIO NACIONAL DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO. Apresentação de trabalho...Brasília, 2009.

Quindere PHD et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciênc saúd col*, 18(7)2157-2166. Retrieved from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n7/31.pdf>

Santos AL, Rigotto RM. (2010). Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, educação e saúde*, 8(3):387-406. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>

Silveira ER (2012). Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. *Ciência e saúde coletiva*, 17(9). Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900018&lng=en&nrm=iso

Yin RK. (2009). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. São Paulo: bookman.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção desse trabalho foi marcado por algumas dificuldades. Pontuo a dificuldade em marcar as entrevistas, devido a escala de plantão não ser cumprida. E quando o encontro se concretizava pude observar a falta de infra-estrutura que muitas colegas de profissão trabalham; muitas em salas divididas com outros profissionais; em uma das entrevistas cheguei a ser atendida em salas de reuniões, em salas com apenas duas cadeiras, pois no momento não dispunha de salas vazias para atendimento.

Pontuo a dificuldade em encontrar uma bibliografia que pudesse me dar chão para meu caminhar. Caminho torto e longo, afinal, concluo esse trabalho com algumas indagações. Encontrar uma bibliografia que me desse o suporte teórico necessário para analisar as entrevistas fizeram com que por vários momentos eu recorresse à leitura, e a busca por novas bibliografias.

Enfrentei as dificuldades diárias de conciliar estudo, trabalho e família, mas enfrentei a difícil tarefa de tentar responder os questionamentos que eu fiz ao iniciar esse estudo.

Com o término do processo de investigação, cujo produto resultou na dissertação que ora se apresenta, chega-se a algumas inferências, uma das quais merece ser elencada é a de que existe no trabalho da enfermagem do CAPS III leste de Natal/RN traços do pensamento conservador, e que esse se materializa em práticas pontuais, focalistas, tecnicistas, burocratizadas, politizadas, enfim, apesar de todos dizerem que não possuem uma prática clínica e/ou terapêutica verifica-se um direcionamento na intervenção das mesmas para tais práticas.

O enfermeiro tem que está apto para ouvir e compreender bem como, promover um atendimento com enfoque integral, aspectos biológicos, sociais e espirituais de seu cliente. A comunicação estabelecida pode ser considerada como um dos mecanismos para proporcionar ao usuário/família uma assistência plena e qualificada.

Do ponto de vista dos recursos humanos, há a necessidade de se construir um novo perfil de trabalhadores que atuem coletivamente, integralmente, intersetorialmente e interdisciplinarmente sob o aspecto do projeto assistencial, propondo-se ao enfrentamento dos desafios e contradições inerentes ao processo de trabalho coletivo.

Como foi descrito no trabalho, apesar de tantas dificuldades algumas estratégias tem sido utilizadas. Em especial, o esforço dos enfermeiros no trabalhar em equipe, em sempre estarem se reunindo para se ter um diagnóstico da área assistida por esses profissionais, que é seu objeto de trabalho. Como também, de forma restrita, estarem se utilizando de outros equipamentos sociais, como as escolas, para levar a educação em saúde.

O trabalho em equipe tem de ser construído interdisciplinarmente, no qual o consenso no diálogo entre os agentes só possui um significado quando referido no conjunto. O que não significa dizer que a divisão de funções não exista, muito pelo contrário, a organização hierárquica é necessária para que se haja uma flexibilização na articulação entre as ações.

O estabelecimento do vínculo e a criação de laços de compromisso com co-responsabilização entre os profissionais e a população são essenciais para que o objetivo do PSF seja alcançado. Contudo o profissional tem que ampliar seu referencial sem ultrapassar os limites de sua ação individual e isolada de forma a atender o universo das necessidades do usuário, favorecendo uma atenção integral.

A realização deste estudo foi de grande importância para amadurecimento intelectual e profissional, através deste pude aprofundar meus conhecimentos teóricos, através da bibliografia e, assim, aproximar com a discussão proposta no trabalho

REFERÊNCIAS

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). **Ciência e saúde coletiva**, v.14, suppl.1, pp. 1439-1452, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012430014>>. Acesso em: 30 out. 2013.

ARAÚJO, M. F. S. O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade. **Revista Conceitos**, 2004/2005. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=53553>>. Acesso em: 10 set. 2013.

BALLARIN, M. L. G. S.; BLANES, L. S.; FERIGATO, S. H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 42, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

BARBOSA, M. A. *et al.* Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p.09-15, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f1_coletiva.pdf>. Acesso em 20 ago 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia ciência e profissão**, v. 28, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

BONFADA, D. et al. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

BONFADA, D.; GUIMARAES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia e estudos**, v. 17, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 20 ago 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. 5. ed. Brasília: Série E. Legislação de Saúde, 2004a. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: 180º da Independência e 113º da República. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>>. Acesso em 10 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2003.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v.43, suppl.1, pp. 16-22, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, pp. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo:McGraw-Hill do Brasil, 1983.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n.3, p.495-501, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/09.pdf>>. Acesso em: 25 set 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude e sociedade**, v. 20, n. 4, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n.1, p.1483-1492, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em Saúde Mental. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 63-74, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>. Acesso em 12 nov 2012.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência saúde coletiva**, v. 14, n. 1,

2009 . Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. **Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo**. São Paulo, 2001.

FRACOLLI, L. A.; GRANJA, G. F. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem**, v.39, p. 597-602, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39nspe/v39nspea12.pdf>>. Acesso em 4 de Ago 2009.

FURLAN, M. M.; RIBEIRO, C. R. O. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.45, n.2, pp. 390-396, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a12.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

GEOVANINI, T. *et al.* **História de Enfermagem: versões e interpretações**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, 338 p.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v.14, n.3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da escola de enfermagem**, v.45, n.3, pp. 716-721. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf>>. Acesso em 10 set 2012.

GONZALEZ, M. M. L. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. **Ciência e saúde coletiva**, v. 14, supl. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

GUIMARAES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência e saúde coletiva**, v.16, n.4, pp. 2145-2154, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>>. Acesso em 10 set 2012.

HAESBAERT, R. **O Mito da Desterritorialização: do Fim dos Territórios à Multiterritorialidade**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2011.

IBGE. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Ibge cidades – censo 2010. **Rio Grande do Norte - Natal/RN**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 20 ago 2012.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciência e saúde coletiva**, vol.15, p. 1533-1541, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>>. Acesso em 10 set. 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

LUCCHESI, R. et. al.. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.9, pp. 2033-2042, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>>. Acesso em 20 ago 2012.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia e estudos**, v.15, n.1, pp. 17-26, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a03v15n1.pdf>>. Acesso em 10 set 2012.

LUZIO, C.A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia e estudos**, v.15, n.1, p.17-26, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a03v15n1.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, vol.15, suppl.1, pp. 1521-1531, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

MERHY, E. E. **SAÚDE**: a cartografia do trabalho vivo. 3.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MERLO, Á. R. C.; LAPIS, N.L A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.1, pp. 61-68, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a09v19n1.pdf>>. Acesso em 10 set 2012.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista brasileira de enfermagem**, v.63, n.6, pp. 900-907, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/05.pdf>>. Acesso em 20 ago 2012.

MIELKE, F.B.; OLCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery**, v.15, n.4, p.762-768, 2011.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a15v15n4.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

MIELKE, F.B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista brasileira de enfermagem**, v.63, n.6, p.900-907, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/05.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2004.

_____. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In_____ **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: EDITORA HUCITEC, 2007. cap. 10, p. 261-268.

MINOZZO, F. *et al.* Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Revista de psicologia**, v.24, n.2, p.323-340, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v24n2/a08v24n2.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psicologia-USF**, v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

MISHIMA, S. M. *et al.* Maria Cecília Puntel de Almeida: a trajetória de uma protagonista da enfermagem brasileira. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, p. 773-780, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/20.pdf>. Acesso em 12 nov 2012.

MORAES, A. E. C. *et al.* Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, vol.19, n.3, pp. 526-535, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a15v19n3.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Políticas públicas em saúde mental e trabalho: desafios políticos e epistemológicos. **Psicologia Ciencia e Profissão**, v. 32, n. 2, pp. 374-387, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n2/v32n2a08.pdf>>. Acesso em 10 set 2012.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 11, n. 3, pp. 333-340, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>>. Acesso em 12 nov 2012.

OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciência e saúde coletiva**, v.14, n.1, pp. 319-331, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a38v14n1.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

ONOCKO, C.R.T.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PAIVA, I. L.; YAMAMOTO, O. H. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. **História e ciência de saúde-Manguinhos**, v.14, n.2, pp. 549-569, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n2/08.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0303/pdfs/IS23%283%29066.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.

PENA, R.S. O apoio matricial na Atenção Básica: por onde ele passa? In: **SEMINÁRIO NACIONAL DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO**, 2009, Brasília. Apresentação de trabalho...Brasília, 2009.

PEREIRA, M. J. B. *et al.* A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 771-777, v. 62, n.5, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/22.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

PUGLISI, M. L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília/DF: Liber livros editora, 2005.

QUEIROZ, M. S.; DELAMUTA, L. A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do Cândido Ferreira em Campinas. **Ciência e saúde coletiva**, v.16, n.8, pp. 3603-3612, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a28v16n8.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

QUINDERE, P.H.D. *et al.* Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência e saúde coletiva**, v.18, n.7, p.2157-2166, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n7/31.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

RIBEIRO, E. M. *et al.* A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In_____ **Cad. Saúde Pública**, p. 438-446, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

RIBEIRO, J. M.; DIAS, A. I. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p. 4623-4634, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/11.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

RICHARDSON, R. J. (Colab.). **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO NORTE. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. **(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal**. Natal/RN: Secretaria Municipal de Saúde de Natal, 2007, 124 p. Disponível em: <<http://www.natal.rn.gov.br/sms/paginas/ctd-297.html>>. Acesso em: 10 set. 2013.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA; M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.8, n. 6, p. 96-101, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

SANNA, M.C.. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, pp. 221-224, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v.8, n.3, p.387-406, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156>>. Acesso em: 25 set. 2013.

SCHERER, S. D. Processo de trabalho e organização trabalhista. In _____ GEOVANINI, T. et. al. **História de Enfermagem: versões e interpretações**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 141 – 167.

SILVA, A. L. A. *et al.*. Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.8, n.5, pp. 65-70, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12369.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SILVA, A. L. A; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em Saúde Mental e o campo psicossocial. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 13, n. 3, pp. 441-449, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a20.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

SILVA, A. T. M. *et al.*. Formação de Enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.6, pp. 675-678, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a08.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SILVEIRA, E. R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 9, 2012 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2013.

SIMON, A. G.; BAPTISTA, T. W. F. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.11, p. 2227-2241, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/16.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SOARES, M. H. Recorte histórico da psiquiatria e do campo de enfermagem psiquiátrica brasileiras. **Revista salus-guarapuava**, v.2, n.1, p.57-66, 2008. Disponível em: <<http://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article/viewArticle/691>>. Acesso em: 30 out. 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 16. reimp. São Paulo: Atlas, 2008.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Desinstitutionalization of care for people with mental disorders within primary healthcare settings: contributions towards implementation of actions. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.13, n.28, p.151-64, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a13.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

VILELA, S. C.; MORAES, M. C. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 4, pp. 501-506, 2008. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a501-506.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. São Paulo: bookman, 2009.

APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO

ROTEIRO NORTEADOR DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. IDENTIFICAÇÃO

- 1.1. Iniciais do Nome
- 1.2. Idade
- 1.3. Sexo
- 1.4. Grau de escolaridade
- 1.5. Categoria profissional
- 1.6. Vínculo empregatício
- 1.7. Tempo de serviço na saúde mental
- 1.8. Tempo de serviço no CAPS
- 1.9. Carga horária de trabalho

2. PROCESSO DE TRABALHO

- 2.1. O que é o cuidar em saúde mental para você?
- 2.2. Desde que começou a trabalhar na área de saúde mental quais as transformações que você vivenciou?
- 2.3. O que determinou essas mudanças?
- 2.4. Quais os obstáculos encontrados para a operacionalização de um novo cuidado em saúde mental no CAPS?
- 2.5. Quais as conquistas/avanços que você considera que o trabalho tem acumulado nesses anos?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

ESCLARECIMENTOS:

Caro(a) Enfermeiro(a)/Técnico de Enfermagem, o objetivo deste é solicitar o seu consentimento para participar voluntariamente da pesquisa intitulada **“CONQUISTAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: o caso dos CAPS em Natal/RN”**, que será conduzida pela Mestranda de Enfermagem Tayssa Suelen Cordeiro Paulino, cujo propósito é analisar como ocorre o processo de trabalho da Enfermagem no CAPS III Leste de Natal-RN no que tange aos espaços transformadores do cuidar.

Atribuímos a relevância desta pesquisa ao fato de poder contribuir com as discussões acerca do papel da Enfermagem na Saúde Mental, especificamente no CAPS.

A coleta das informações será por meio de entrevistas individuais, em que após prévia autorização dos participantes da pesquisa, será utilizado um GRAVADOR MP3 ou GRAVADOR COMUM para captar as informações de forma precisa.

Os procedimentos de coleta de dados, durante a sua participação na pesquisa, poderão oferecer riscos mínimos considerando que a investigação utilizará como abordagem empírica apenas o instrumento de entrevista.

Os resultados obtidos no estudo serão disponibilizados para fins científicos, havendo o compromisso por parte do pesquisador em manter anonimato de sua participação.

Ressaltamos ainda que você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe seja imputada penalidades e/ou prejuízos. Mesmo não havendo necessidade de ressarcimento, o pesquisador se responsabiliza por possíveis custos solicitados por você, em função da pesquisa, desde que fique comprovada legalmente a relação dos mesmos com a pesquisa em foco.

Esta pesquisa terá a coordenação da Prof.^a Dr.^a Allyne Fortes Vitor, professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN do campus de Natal/RN. Quaisquer dúvidas sobre questões éticas que envolvem a pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN através do telefone 3215-3135.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade voluntária, e solicitamos a confirmação da sua participação neste documento.

CONSENTIMENTO:

Eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada **“CONQUISTAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: o caso dos CAPS em Natal/RN.”**

Prof^a. Dr^a. Allyne Fortes Vitor (Coordenadora da Pesquisa)
Tayssa Suelen Cordeiro Paulino (Responsável da Pesquisa)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Av. Senador Salgado Filho, s/n, Lagoa Nova, CEP: 59.027-970, Natal/RN
Telefone: (84) 3215 – 3778

Assinatura do Informante

Assinatura do Pesquisador

**Impressão
datiloscópica**



Natal/RN, ____/____/2013.

APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO

Natal/RN, 13 de 05 de 2013.

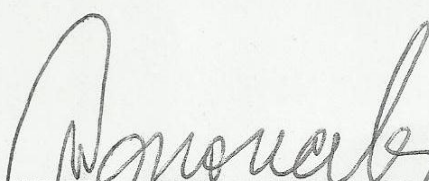
Da: Profª Drª. Allyne Fortes Vitor
Coordenadora da Pesquisa
Ao Senhor Cipriano Maia de Vasconcelos
Secretário de Saúde do Município de Natal/RN

Solicitamos vossa colaboração no sentido de permitir a mestrandia do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, **Tayssa Suelen Cordeiro Paulino**, que está construindo sua Dissertação, intitulada “**CONQUISTAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: o caso dos CAPS em Natal/RN**”, colher dados na equipe de Enfermagem do CAPS III Leste de Natal-RN. O estudo tem como objetivo analisar os saberes e práticas da equipe de enfermagem em saúde mental no que tange ao seu processo de trabalho como ferramenta potencializadora dos espaços do cuidar.

Outrossim, esclarecemos que os resultados dessa pesquisa serão utilizados unicamente para fins científicos e que seu início somente ocorrerá após a liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Na certeza de contarmos com sua colaboração e empenho, antecipadamente agradecemos.

Profª Drª. Allyne Fortes Vitor
Orientadora da Pesquisa


Cipriano Maia de Vasconcelos

Autorizo a realização desta pesquisa, com a divulgação e publicação dos resultados.
Secretário de Saúde do Município de Natal/RN

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO**

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

TÍTULO: “CONQUISTAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: o caso dos CAPS em Natal/RN.”

PESQUISADORES: Tayssa Suelen Cordeiro Paulino (Mestranda)
Prof^a. Dr^a. Allyne Fortes Vitor (Orientadora)

Após a análise do projeto e da solicitação:

Autorizamos a coleta de dados no Centro de Atenção Psicossocial III Leste de Natal-RN:

Sim

Não ()

Quanto à divulgação:

Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico, ou ainda, em eventos e publicações em periódicos na área da Enfermagem e Saúde:

Sim

Não ()

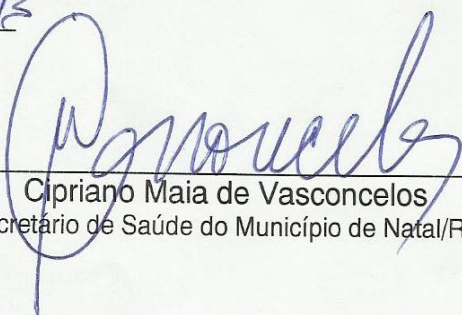
Além do relatório escrito:

Requeremos a apresentação dos resultados da pesquisa no município:

Sim

Não ()

Natal/RN, 13 / 05 / 2012


Cipriano Maia de Vasconcelos
Secretário de Saúde do Município de Natal/RN

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONQUISTAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM: o caso dos CAPS em Natal/RN

Pesquisador: ALLYNE FORTES VITOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16488513.3.0000.5537

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 387.716

Data da Relatoria: 30/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo focado no trabalho da equipe de enfermagem de uma unidade de atenção psicossocial do município de Natal, para avaliação do seu processo de trabalho, enquanto membro da equipe multiprofissional. Uma entrevista semiestruturada será aplicada aos enfermeiros e técnicos de enfermagem e um diário de campo será utilizado para conhecer o serviço no expediente de trabalho dos profissionais, com o intuito de se perceber a dinâmica do processo de produção dos serviços de enfermagem no CAPS III. Os dados serão analisado pelo método de análise temática, tendo como referencial teórico o aporte da literatura nacional sobre processo de trabalho em saúde/enfermagem e a literatura referente ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Investigar a atualidade e os desafios do processo de trabalho da enfermagem nos CAPS III no município de Natal/RN".

Objetivos Secundários:

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)3215-3135

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

Continuação do Parecer: 387.716

1. "Descrever o processo de trabalho da equipe de enfermagem em saúde mental, com ênfase, nas transformações advindas do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira";
2. "Discutir os obstáculos e as potencialidades dos saberes e práticas de enfermagem em saúde mental no âmbito do CAPS".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor assume riscos mínimos para os participantes da pesquisa, relacionados a fatores emocionais gerados por ocasião da entrevista. Sobre os benefícios, acredita que a pesquisa permitirá ampliar discussões concernentes ao impacto da Reforma Psiquiátrica no processo do trabalho da equipe de enfermagem, com o intuito de aprimorar a qualidade do serviço prestado ao usuário, bem como a saúde do trabalhador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O diagnóstico da atuação da equipe de enfermagem no processo de cuidado das doenças mentais, pode ser um instrumento com potencial para transformar e melhorar a qualidade da assistência. Senti falta de uma proposta de ação junto aos profissionais e aos gestores, por parte do pesquisador, com vistas a revisão dos processos de trabalho em curso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram apresentados:

1. carta de apresentação;
2. Folha de Rosto;
3. Termo de confidencialidade;
4. Declaração e termo de anuência do Secretário Municipal de Saúde;
5. Autorização para gravação de voz;
6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a revisão ética das respostas às pendências levantadas no parecer anterior, concluímos que as mesmas foram reparadas adequadamente.

Essa adequação situa o protocolo em questão dentro dos preceitos básicos da ética nas pesquisas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 387.716

que envolvem o ser humano.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução 466/12 - do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional

para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
 2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
 3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
 4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
 5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
 6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
-
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
 8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)3215-3135

E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO 1

Revista Latino-Americana de Enfermagem

INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Estas instruções visam orientar os pesquisadores sobre as normas adotadas por essa Revista para avaliação de manuscritos submetidos. As referidas instruções baseiam-se na tradução do documento “Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” elaborado pelo International Committee of Medical Journal Editors (Estilo “Vancouver”)*, publicado na Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9(2). Sugere-se consulta ao citado documento para complementação de informações aqui contidas.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Latino-Americana de Enfermagem, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(es) deverá(ão) assinar e encaminhar declaração de acordo com o modelo Anexo.

Os manuscritos são publicados em três idiomas: inglês, português e espanhol. No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à Comissão de Editoração em um único idioma, e em caso de aprovação, os autores deverão providenciar a tradução para os outros dois idiomas de acordo com as recomendações da Revista. A versão no idioma inglês será editada na revista impressa e as versões inglês, português e espanhol serão editadas na versão online. O encaminhamento dos manuscritos será on-line através do endereço www.eerp.usp.br/rlae.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial. A publicação dos manuscritos dependerá da observância das normas da Revista e da apreciação do Conselho Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive apresentar sugestões ao(s) autor(es) para as alterações necessárias. Neste caso, o referido trabalho será reavaliado pela Comissão de Editoração. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, omitindo-se também

o(s) nome(s) do(s) autor(es) aos relatores. Manuscritos recusados para publicação serão notificados e não devolvidos.*International Committe of Medical Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, New Engl J Med 1997; 336:309-16

Quando a investigação envolver sujeitos humanos, os autores deverão apresentar uma declaração de que foi obtido o consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou a pesquisa.

Fotos coloridas não serão publicadas. Em caso de uso de fotografias em branco e preto os sujeitos não podem ser identificados ou então suas fotos deverão estar acompanhadas de permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Todos os autores do manuscrito deverão ser assinantes da Revista.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista Latino-Americana de Enfermagem publica revisões, atualizações, comunicações breves/relato de casos, cartas ao editor, resenhas, página do estudante e editoriais.

- Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora, digitados (Times New Roman 12) e impressos em folhas de papel A4 (210X297mm), com espaçoduplo, margem de 2,5 cm de cada um dos lados e linhas, perfazendo um total de no máximo 15 páginas para os artigos originais (incluindo as ilustrações – gráficos, tabelas, fotografias, etc). As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Figuras serão aceitas, desde que não repitam dados contidos em tabelas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 15, havendo, todavia, flexibilidade. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados e discussão. A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Fornecer referências que sejam

estritamente pertinentes. Os Métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os Resultados devem limitar-se a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as limitações do estudo, além de conclusões e indicação de caminhos para novas pesquisas. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa de modo geral.

- Revisões: avaliação crítica sistematizada da literatura ou reflexões sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos. Sua extensão limita-se a 15 páginas.
- Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo. Sua extensão limita-se a 5 páginas.
- Comunicações breves/Relato de casos: estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, limitando-se a 5 páginas.
- Cartas ao Editor: inclui cartas que visam a discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a 1 página.
- Resenhas: análise de obra recentemente publicada, contida em 2 páginas.
- Página do Estudante: espaço destinado à divulgação de estudos desenvolvidos por alunos de graduação, com explicitação do orientador em nota de rodapé. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, com extensão limitada a 5 páginas.

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de seis autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja

contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção “Agradecimentos”. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

PROCESSO DE JULGAMENTO

Os critérios de editoração estabelecidos pela revista visam garantir a qualidade das publicações. O editor avalia se o artigo recebido para publicação traz contribuições para a enfermagem e se é de interesse para os leitores; então os encaminha a dois conselheiros que os analisam com base em informações contidas em um instrumento elaborado pela Comissão de Editoração. Em caso de outras abordagens os artigos são avaliados conforme as exigências metodológicas da abordagem utilizada. O processo é altamente sigiloso não havendo em nenhum momento a identificação entre autor/revisor. Diante dos pareceres emitidos pelos conselheiros, o editor toma ciência e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação.

Posteriormente encaminha os pareceres de aceitação da publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

a) Página de identificação: título do artigo e subtítulo (conciso, porém informativo); nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído e endereço eletrônico.

b) Resumo e Descritores: o resumo deverá conter até 150 palavras, contendo objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos do estudo, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 10 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos. Para determinação dos descritores consultar o International Nursing Index e a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DECS-LILACS”, elaborada pela BIREME e ou “Medical Subject Heading - Comprehensive Medline”. Todos os artigos deverão incluir resumos em português, espanhol e inglês. Apresentar seqüencialmente os três resumos na primeira página incluindo títulos e descritores nos respectivos idiomas.

c) Ilustrações, abreviaturas e símbolos: as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no

texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Os quadros são identificados como tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto. As figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

d) Notas de Rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

e) Referências Bibliográficas: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados use vírgula (ex: 1,5,7). Listar os 6 primeiros autores seguidos de et al., separando-os por vírgula.

ERRATA

Os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

- quando necessária a inclusão de depoimentos dos sujeitos apresentar em itálico em letra tamanho 10, na seqüência do texto;
- citação “ipsis literes” usar aspas, na seqüência do texto;

- os “requisitos uniformes” (Estilo “Vancouver”) baseiam-se grandeparte nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela National Library of Medicine (NLM).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Exemplos

Artigos de periódicos

1 – Artigo Padrão

Elias MS, Cano MAT, Mestriner W Jr, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. Rev Latino-am enfermagem 2001 janeiro; 9(1):88-95.

2 - Artigo de periódico com indicação de subtítulo

Diniz NMF, Lopes RLM, Almeida MS, Gesteira SMA, Oliveira JF. Psicodrama como estratégia pedagógica: vivências no ensino de graduação na área de saúde da mulher. Rev.Latinoam.Enfermagem 2000 agosto; 8(4):88-94.

3 – Instituição como Autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21):1-27.

4 – Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol 2000 dezembro;75(6):28-32.

5 – Edição com suplemento

Faggioni LPC, Palma PVB, Silva AR, MoraesFR, Covas DT. Mononuclear viability in nonleukoreduced packed red cells. Ser Monogr Esc Bras Hematol 1999; 6 Suppl:150.

6 – Fascículo com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women’s psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996; 23(1 Suppl 2):89-97.

7 – Parte de um volume

Stefanelli M, Dazzi L, Fassino C, Lanzola G, Quaglini S. Building patient workflow management systems by integrating medical and organizational knowledge. Medinfo 1998; 9(Pt 1):28-32.

8 – Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

9 – Fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988; (530):16-7.

10 – Sem fascículos e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.

11 – Paginação em algarismos romanos

Lederberg J. What's important about technology. Ann NY Acad Sci 2000; 919:xi-xii.

12 – Indicação do tipo de artigo se necessário (review, abstract, etc.)

Billings DM, Ward JW, Penton-Cooper L. Distance learning in nursing. [abstract].

Semin Oncol Nurs 2001 Feb;17:48-54. Sandler A, Bottcher K, Etter M, Siewert JR.

Gastric carcinoma [review]. Internist 2000;41:817-8, 821-6,828-30.

13 - Artigo contendo retratação

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfreid TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in tehe mice. [retractation of Garey CE, Schawarztman AI, Rise ML, Seyfried TN. In: Nat Genet 1994; 6: 426-31]. Nat Genet 1995;11:104

14 - Artigo retratado

Liou GL, Wang M, Matragoo S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retracted in Invest Ophthalmol Vis Sci 1994; 35:3127]. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:1083-8

15 - Artigos com erratas publicadas

Heller A, Freeney A, Hessefort S, Villereal M, Won L. Cellular dompamine is increased following exposure to a factor derived form immortalized striatal neurons in humans [published erratum appear in Neurosci Lett 2001 Jan 19; 297(3):216]. Neurosci Lett 2000;295:1-4.

Hamlin JÁ, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair (published erratum appears in West J Med 1995; 62:278). West J Med 1995;162-28-31.

Livros e outras monografias

16 - Individuo como autor

Ramos J Jr. Semiotécnica da observação clínica. 8ª ed. São Paulo (SP): Sarvier;1998.

17 - Organizador, Editor, Compilador como Autor

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

18 - Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1997.

19 - Capítulo de livro

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

20 - Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Andersson M, Mendes IAC, Trevizan MA. Universal and culturally dependent issues in health care ethics. Proceedings of the 13th World Congress on Medical Law;2000 August 6-10; Helsink; Finland; 2000.

21 - Trabalho apresentado em evento

Melo AS, Gabrielli JMW, Pelá NTR. Monografia: seu significado para alunos e orientadores de um curso de graduação em enfermagem. In: Mendes IAC, Carvalho EC, coordenadores. Comunicação como meio de promover a saúde. 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2000.

junho 5-6; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: FIERP; 2000. p.63-7.

22 - Relatório científico ou técnico - Publicado pela agencia patrocinadora:

Smith P. Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report nº HHSIGOEI 69200860.

- Publicado pela agência responsável por seu desenvolvimento:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Healthservices research: workforce and educational issues. Washington: National Academy press;1995. Contract nº AHCPR282942008.Sponsored by the Agency for Health Care policy and Research.

23 - Dissertação e Tese

Amarante ST. Análise das condições ergonômicas do trabalho das enfermeiras de centro cirúrgico.[dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.

24 - Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the hearth. Us patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

Outros trabalhos publicados

25 - Artigo de Jornal

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21:Sect. A; 3 (col. 5)

26 - Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

27 - Documentos legais

Leis aprovadas:

Preventive Health Ammendments of 1993, Pub. L. nº 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993).

Projetos de Lei:

Medical Records Confidentiality Act of 1995. S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).

Código de regulamentações federais:

Informed Consent. 42 C.F.R. Sect. 441.257 (1995)

Audiência:

Increased Drug Abuse: the Impact on the Nation's emergency rooms: Hearings Before the Subcomm. On Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. On Government Operations, 103rd Congr., 1st Sess. (May 26, 1993).

28 - Mapa

North Carolina. Tuberculosis rates per 10,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh: North Carolina Depto. Pf Environment, Health, and Natural Resouces, Div. of Epidemiology; 1991.

29 - Texto da Bíblia

The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18

30 - Dicionários e obras de Referência similares

Steadman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20

31 - Obras clássicas

The winter's Tale: act 5, scene 1. Lines 13-16. The complete works of Williams Shakespeare. London: Rex; 1973. Material não publicado

32 - No prelo

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Material eletrônico

33 - Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; (1): [24 screens]. Available from:

URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

34 - Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach HI. CMEA

Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

35 - Resumo apresentado em evento

Lavrador MAS. Uma nova metodologia para o diagnóstico de morte cerebral em pacientes comatosos de Unidade de Terapia Intensiva. [CD ROM]. In: Mendes IAC, Ferraz CA, coordenadoras. Organização do setor Saúde nas Américas: contribuição da investigação em Enfermagem. 6^o Colóquio Interamericano de Investigação em Enfermagem; 18-22 maio 1998. Ribeirão Preto (SP): EERP-USP; 1998.

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery; 2000 July 25-28; Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

36 - Programa de Computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): computerized Educational Systems; 1993.

37 – CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

38 – Journal article on the Internet

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

39 – Monograph on the Internet

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet].

Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from:

<http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

40 – Homepage/Web site

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancerpain.org/>

Fundação Nacional de Saúde [Página na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c1999-2004 [uptaded 2005 janeiro; acesso em 2005 fevereiro 28]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>

41 – Part of a homepage/Web site

American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002

[updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso em 2005 fevereiro 28]. Agência Saúde Células-tronco: Começa o maior estudo clínico do mundo sobre terapia celular para tratamento de cardiopatias; [4 telas]. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=12988

42 – Database on the Internet

Open database: Who's Certified [database on the Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [cited 2001 Mar 8]. Available from:

<http://www.abms.org/newsearch.asp>

Closed database:

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine(US). c1999 [updated 2001 Nov 20; cited 2002 Aug 12]. Available from:

http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

43 - Part of a database on the Internet

MeSH Browser [database on the Internet]. Bethesda(MD): National Library of Medicine (US); 2002 - [cited 2003 Jun 10]. Meta-analysis; unique ID: D015201; [about 3 p.]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> Files updated weekly.

MeSH Browser [database on the Internet]. Bethesda(MD): National Library of Medicine (US); 2002 - [cited 2003 Jun 10]. Meta-analysis; unique ID: D015201; [about 3 p.]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> Files updated weekly. Updated July 9, 2003

Observação:

- A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.
- Referências bibliográficas não contemplados nos exemplos descritos (Estilo “Vancouver”) não serão aceitas.

Encaminhamentos dos Originais

Os originais deverão ser encaminhados para:

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Av. Bandeirantes, 3900 - CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Telefone: (0XX16) 3602.3451 - FAX: (0XX16) 3633.3271

Endereço eletrônico: www.eerp.usp.br/rlae- E-mail: rlae@eerp.usp.br

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA DO ARTIGO 2

Revista psicologia: organização e trabalho – qualis B1

NORMAS EDITORIAIS

Todas as partes do manuscrito devem seguir as normas editoriais da rPOT. As normas editoriais da revista têm como referência a 6ª edição do Manual de Publicação da American Psychological Association – APA – (2010) - <http://www.apastyle.org/manual/index.aspx>

1. Forma Geral de Apresentação dos Manuscritos (exceto Resenhas):

- Limite máximo de 8.000 palavras, incluindo toda a estrutura do trabalho (folha de rosto personalizada, resumo, texto, referências, nota do autor e eventuais anexos, figuras e tabelas).
- Texto escrito em português, espanhol, francês ou inglês.
- As páginas do artigo devem ser configuradas em papel A4 (29,7cm x 21 cm), com margens superior e inferior de 2,5cm, e direita e esquerda de 3cm.
- Caracteres Times New Roman, tamanho 12 e espaçamento duplo entre linhas com alinhamento à esquerda.
- Todas as páginas do trabalho devem ser numeradas no canto superior direito em formato 1, 2, 3.
- As seções do texto propriamente dito e as referências devem ser apresentadas uma após a outra, com uma linha de espaço entre os títulos e entre os títulos e subtítulos.
- Os títulos de 1º nível (ex.: Método) devem estar em negrito, com letras maiúsculas e minúsculas, centralizados. Os títulos de 2º nível (ex.: Participantes, Instrumento) devem estar em negrito, com letras maiúsculas e minúsculas alinhados a esquerda.

Para demais níveis prosseguir consulta a 6ª edição do Manual de Publicação da American Psychological Association – APA – (2010).

2. Estrutura dos Manuscritos (exceto Resenhas):

2.1. Folha de rosto personalizada: A folha de rosto personalizada deve conter, nesta ordem: sugestão de título abreviado no cabeçalho, com, no máximo, 4 palavras, e alinhado no canto superior direito, junto ao número da página; título completo na língua em que o manuscrito foi preparado; título completo em inglês; ano da preparação do manuscrito; nome e afiliação dos autores; endereço, telefone, fax e e-mail para contato. Todo o conteúdo dessa página, com exceção do cabeçalho, deve ser centralizado vertical e horizontalmente.

2.2. Página com resumo: Todo manuscrito deve incluir um resumo na língua original em que foi elaborado. O resumo deve ter entre 150 e 250 palavras e contar com, no mínimo, 3 e, no máximo, 5 palavras-chave. Essa seção deve possibilitar uma visão global e objetiva de todo o artigo, ou seja, deve fazer referência às suas principais partes, como: objetivos, método, resultados e discussão. O resumo deve informar a base teórica do estudo, sem, entretanto, citar referências. Se o estudo for teórico, essa característica deve ser informada ao leitor, e o resumo deve conter: tópico tratado, objetivo, tese ou construto problematizado e analisado, e discussão.

2.3. Página com abstract: O abstract deve ser redigido em inglês e obedecer às mesmas especificações do resumo, seguido das mesmas keywords utilizadas. Em caso de texto escrito originalmente na língua inglesa, o resumo poderá ser apresentado em português, espanhol ou francês.

2.4. Texto propriamente dito: O manuscrito deve ser redigido de forma organizada e de fácil entendimento para o leitor; por isso, deve haver uma sinalização de títulos e subtítulos que reflita tal organização. No caso de relatos de pesquisa, o texto deve conter, obrigatoriamente, a seguinte estrutura: introdução, método (com todas as subpartes pertinentes ao estudo), resultados e discussão. Os manuscritos que se encaixam nas demais categorias devem apresentar títulos e subtítulos de acordo com a necessidade do estudo.

2.5. Referências e Citações: Todas as citações do manuscrito devem aparecer na seção Referências e todas as referências devem ser citadas no corpo do texto. As referências de qualquer manuscrito submetido à rPOT devem seguir o estilo da 6ª edição do Manual da APA (2010). Os autores devem consultar esta publicação a fim de redigir a seção de referências e fazer citações no corpo do texto.

2.6. Anexos: Os anexos (incluindo figuras e tabelas) devem ser apresentados em uma nova página, após as referências, e devem ser numerados consecutivamente. O local de inserção deve ser indicados, no texto, com números (formato 1, 2, 3) e intitulados adequadamente; havendo somente um anexo, não é necessário numerar. Apenas utilizar anexos se isso for imprescindível para a compreensão do texto.

2.7. Nota de autor: Na nota de autor, devem-se apresentar informações adicionais sobre o(s) autor(es), além de repetir nome e afiliação. Outras informações que podem ser incluídas nessa seção: fonte de financiamento para o trabalho, agradecimentos e contextualização para realização da pesquisa.

2.8. Figuras: Devem ser apresentadas de acordo com o padrão definido pela 6ª edição do Manual de Publicação da American Psychological Association – APA – (2010). Qualquer figura incluída no manuscrito deve possuir boa qualidade de impressão, visualização e leitura; por isso, recomenda-se utilizar apenas figuras que tenham resolução a partir de 300 dpi e que, em caso de redução, não haja prejuízo para a leitura. Todas as figuras devem ser disponibilizadas em arquivos do tipo tiff ou eps.

2.9. Tabelas: As tabelas devem ser feitas em formato Word e apresentadas com o restante do texto, logo após as figuras. Devem incluir as respectivas legendas e títulos. Devem ser indicadas no texto utilizando-se números (formato 1, 2, 3) e intituladas adequadamente. Devem ser apresentadas de acordo com o padrão definido pela 6ª edição do Manual de Publicação da American Psychological Association – APA – (2010).

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

§ A submissão dos manuscritos só terá início se todos os itens de verificação forem atendidos.

§ Citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais Figuras, Tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução específica na Revista Psicologia: Organizações e Trabalho. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância.

- Antes de enviar um manuscrito, é importante que o autor faça uma revisão cuidadosa do texto no que tange à digitação e ao uso correto do idioma e solicite a um colega que revise o abstract e faça uma apreciação prévia de seu manuscrito. Deve-se revisar o texto no que diz respeito às normas de publicação da revista.
- Pequenas correções poderão ser feitas pelos editores, desde que não alterem o conteúdo e a intenção do(s) autor(es).
- Deve-se restringir o uso de notas ao máximo. Quando elas forem imprescindíveis, deverão ser numeradas seqüencialmente no corpo do texto e apresentadas ao final, antes das referências.
- Anexo, figura, tabela ou gráfico devem ser apresentados em preto e branco.
- Ao informar um percentual, sempre indicar a freqüência. Ao citar uma média, sempre incluir o desvio padrão. Ao citar uma análise de regressão, sempre incluir a matriz de correlação completa. Ao citar uma análise inferencial, sempre incluir uma estimativa do efeito. Incluir sempre todos os graus de liberdade.

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- 1.O artigo tem até 8.000 palavras, incluindo folha de rosto personalizada, resumo, texto, referências, nota do autor e eventuais anexos, figuras e tabelas?

2. Os caracteres são Times New Roman, tamanho 12, com espaçamento duplo entre linhas e com alinhamento à esquerda.
3. A folha de rosto personalizada contém, nesta ordem: sugestão de título abreviado no cabeçalho, com, no máximo, 4 palavras e alinhado no canto superior direito, junto ao número da página; título completo na língua em que o manuscrito foi preparado; título completo em inglês; ano da preparação do manuscrito; nome e afiliação dos autores; endereço, telefone, fax e e-mail para contato? Todo esse conteúdo está centralizado vertical e horizontalmente?
4. O resumo e o abstract contêm entre 150 e 250 palavras e contam com, no mínimo, 3 e, no máximo, 5 palavras-chave (keywords)?
5. O resumo e o abstract apresentam, sucintamente, o objetivo, o método, os resultados e a discussão do trabalho?
6. Os anexos, figuras e tabelas estão apresentados uma por página, após as referências, na sequência recomendada, numerados consecutivamente e nomeados corretamente, inclusive com legendas, quando necessário? Estão em preto e branco?
7. A nota de autor apresenta informações adicionais sobre o(s) autor(es) e repete nome e afiliação dos mesmos?
8. Todas as citações de autores contidas no texto aparecem na seção "Referências" e vice-versa?
9. As referências bibliográficas completas dos autores citados estão apresentadas em ordem alfabética no final do texto, de acordo com as normas da 6ª edição do Manual da APA?
10. O artigo é inédito, não tendo sido publicado anteriormente em nenhum outro periódico nacional ou internacional?

SUBMISSÃO DE TRABALHOS

Para submeter um manuscrito, o autor deve, primeiramente, cadastrar-se no sistema de avaliação da revista: <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rpot>. Em seguida, deve-se fazer o login, utilizando nome de usuário e a senha fornecidos e, finalmente, enviar o arquivo do manuscrito via internet para a editoria da rPOT.

Termo de Permissão para Publicação
Os autores deverão, no aceite final do artigo, prover a editoria da revista de

autorização para reproduzir, em meio eletrônico, todo o manuscrito, incluindo o conteúdo que não seja de autoria do próprio autor (fotografias e materiais utilizados em testes, por exemplo). Para tal, o(s) autor(es) devem enviar, via e-mail (em formato PDF) e por correio, uma cópia do Termo de Permissão para Publicação assinado por todos os autores.

Declaração de Direito Autoral

Os direitos autorais dos artigos publicados na Revista Psicologia: Organizações e Trabalho pertencem ao periódico. A reprodução total dos manuscritos aqui publicados está condicionada à autorização escrita da editora da rPOT. Pessoas interessadas em reproduzir parcialmente os artigos desta revista (partes do texto que excederem 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão escrita do(s) autor(es).